CANDIDATURE A ~~L'ACADÉMIE~~ la Faculté DE MÉDECINE

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. GUÉNIOT

Professeur agregé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés,
Ancien Chef de clinique d'accouchement de la Faculté, Licencié ès sciences naturelles,
Membre ~~honoraire et ancien~~ Président de la Société de Chirurgie,
Membre honoraire et ancien Vice-Président de la Société anatomique,
Membre de la Société clinique,
Membre de l'Académie de médecine,
Membre fondateur et Vice-Président de la Société Obstétricale et gynécologique de Paris.

PARIS

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET Cie

22, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

1879

CANDIDATURE A ~~L'ACADÉMIE~~ la Faculté DE MÉDECINE

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR A. GUÉNIOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés,
Ancien Chef de clinique d'accouchement de la Faculté, Licencié ès sciences naturelles,
Membre ~~honoraire et ancien~~ Président de la Société de Chirurgie,
Membre honoraire et ancien Vice-Président de la Société anatomique,
Membre de la Société clinique,
Membre de l'Académie de médecine,
Membre fondateur et Vice-Président de la Société Obstétricale et gynécologique de Paris.

PARIS

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET Cie

22, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

~~1870~~
1886

DISTRIBUTION DES MATIÈRES

Autres publications et Leçons cliniques sur les accouchements et la Gynécologie.

Voir p. 59.

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. GUÉNIOT

I. — CONCOURS ET NOMINATIONS

SERVICES PUBLICS

1855. — Licencié ès sciences naturelles (nomination suivie d'un rapport élogieux spécial au Recteur, puis au Ministre de l'instruction publique).
1858-61. — Interne des hôpitaux de Paris pendant quatre années (la quatrième à la Maternité).
1860. — Lauréat (médaille d'argent) de la Faculté de médecine.
1860 et 1861. — Deux fois Lauréat des hôpitaux (concours des Internes).
1861. — Membre adjoint de la Société anatomique.
1862. — Docteur en médecine.
1863-65. — Chef de clinique d'accouchement de la Faculté (pendant deux ans — nommé après concours).
1865. — Chirurgien du Bureau central des hôpitaux (pendant deux ans et demi).
1867. — Chirurgien titulaire de l'hospice des Enfants-Assistés (depuis 19 ~~douze~~ ans).
1868. — Membre titulaire de la Société de chirurgie.

1868. — Membre titulaire de la Société anatomique.

1869. — Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

1870-71. — Médecin en chef de l'ambulance militaire de la Glacière et chirurgien de plusieurs autres ambulances (pendant et après le siége de Paris).

1873. — Membre honoraire de la Société anatomique.

1873. — Présenté en deuxième ligne par la section d'accouchements, pour une place vacante à l'Académie de médecine.

1874. — Vice-Président de la Société anatomique.

1877. — Membre de la Société clinique.

1880. — Membre de l'Académie de médecine.

1883. — Président de la Société de Chirurgie.

1884. — Présenté en 2e ligne par la Faculté de médecine pour la Chaire d'accouchements.

1885. — Membre fondateur et Vice-Président de la Société Obstétricale et gynécologique de Paris.

II. — ENSEIGNEMENT

1861. — Leçons élémentaires d'anatomie, de physiologie et de pathologie aux élèves sages-femmes de la Maternité.

1863-64; 1864-65. — Cours public sur les accouchements à l'École pratique de la Faculté.

1865. — Démonstrations et conférences sur les accouchements aux élèves de l'École pratique (instituées par le doyen, M. Tardieu).

1872. — Leçons de clinique obstétricale à l'hôpital des Cliniques (suppléance de M. le professeur Depaul, pendant les vacances).

1873. — Cours officiel d'accouchement, fait à la Faculté de médecine, en remplacement de M. le professeur Pajot.

1874. — Même cours, fait une seconde fois dans les mêmes conditions.

1874. — Leçons de clinique obstétricale à l'hôpital des Cliniques (suppléance de M. le professeur Depaul, pendant les vacances).

1876. — Cours officiel d'accouchement pour les élèves sages-femmes de la Faculté.

1876. — Leçons de clinique obstétricale à l'hôpital des Cliniques (suppléance de M. le professeur Depaul, pendant les vacances).

III. — GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET SUITES DE COUCHES

1. — *Opération césarienne* post mortem *suivie de succès.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1860.)

Femme de 33 ans, tuberculeuse, qui mourut d'œdème de la glotte, étant enceinte de près de 8 mois. La section césarienne permit d'extraire l'enfant vivant.

2. — *De certaines éruptions, dites miliaires et scarlatiniformes, des femmes en couches, ou de la scarlatinoïde puerpérale.*

(Thèse inaugurale, janvier 1862; in-4° de 100 pages.)

La miliaire des femmes en couches, objet de tant de travaux et de discussions si passionnées pendant les deux siècles derniers, avait fini par être négligée, puis rayée du cadre nosologique, et, enfin, complétement oubliée par les médecins contemporains. L'auteur, reprenant la question au point de vue de l'observation, a établi d'après des faits cliniques, que cette proscription n'était pas légitime et que la miliaire des accouchées a une existence bien réelle. Il a démontré en outre que cette affection, à part certaines nuances symptomatiques, ressemble de tous points à celle que l'on désigne de nos jours sous le nom d'exanthème scarlatiniforme. Ce sont deux variétés d'une seule et même espèce morbide offrant, avec la scarlatine, de nombreuses analogies et même certaines affinités pathologiques, mais s'en distinguant par plusieurs traits de première importance. De là, le nom de *scarlatinoïde* proposé par l'auteur.

La doctrine nouvelle, développée dans ce travail, a trouvé un puissant appui dans une publication postérieure du professeur Retzius. Pour ce savant médecin, en effet, l'exanthème dont il s'agit serait bien distinct de la scarlatine puerpérale (Voir *Arch. gén. de méd.*; mai 1863).

En 1870, la Société médicale des hôpitaux de Paris s'occupant du sujet, à propos d'une communication de Lorain sur des scarlatines « d'une espèce particulière, » le mémoire de M. Guéniot fut invoqué dans la discussion et apprécié, par M. le Dr Besnier, de la manière suivante : « La question a été reprise en entier par M. Guéniot dans sa thèse inaugurale, très-« remarquable travail dans lequel l'auteur discute avec le plus grand talent

« la nature de la scarlatine des femmes en couches. Gardant la plus louable « réserve dans ses conclusions, M. Guéniot ne s'est pas absolument pro- « noncé sur la nature de ce qu'il propose d'appeler la *scarlatinoïde* des « femmes en couches; il pense bien, à la vérité, qu'elle constitue une es- « pèce nosologique spéciale, mais il laisse à l'observation ultérieure le soin « de décider si la scarlatine et la scarlatinoïde sont absolument distinctes, « ou bien si l'une est à l'autre ce que la varioloïde est à la variole. » (*Comptes rendus mensuels de la Commiss. des mal. régnantes*, par le Dr Ern. Besnier; 5e fascic., p. 42; 1870-1871).

3. — *Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse.*

(Thèse d'agrégation, in-8° de 126 pages, 1863.)

Monographie complète d'un accident redoutable et trop fréquemment observé chez les femmes enceintes. Elle est basée sur l'étude de 118 faits recueillis aux sources les plus diverses, et dont plusieurs étaient inédits.

Après une revue historique et critique des travaux publiés sur la matière, l'auteur envisage le sujet sous toutes ses faces et traite, avec développement, des symptômes, de la fréquence, de la marche, des terminaisons, du diagnostic, etc. Il établit des statistiques qui permettent de juger de la gravité du mal ainsi que de la valeur des moyens proposés pour le combattre. Enfin, il met en lumière l'influence des lésions du col utérin sur les vomissements opiniâtres et fait ressortir cette donnée étiologique importante, à savoir : que l'accident, loin de reconnaître toujours une même cause, peut être au contraire provoqué par des causes fort diverses. De là, au point de vue thérapeutique, la nécessité de recourir, suivant les cas, à des moyens variés, aussi différents entre eux que peuvent l'être les causes déterminantes de la maladie; de là, aussi, l'insuccès inévitable des essais qui ont pour objet la recherche d'un traitement uniforme ou d'un remède spécifique.

Ce Mémoire est resté le travail le plus complet qui ait été publié sur la question. Il a été cité nombre de fois avec des qualifications élogieuses, et la plupart des auteurs qui, depuis quinze ans, ont eu à traiter de la matière, lui ont fait des emprunts plus ou moins étendus.

4. — *Remarques sur un cas de vomissements incoërcibles, observé chez une femme enceinte atteinte de tubercule du cervelet.*

(*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1865.)

Relation détaillée d'un fait jusqu'ici unique dans la science, suivie de considérations pratiques sur l'étiologie et le diagnostic des vomissements incoërcibles.

5. — *Mémoire sur les grossesses compliquées.*

(*Bull. gén. de thérapeutique*, 1866.)

Étude clinique et théorique entièrement propre à l'auteur, la seule qui ait été publiée sur le sujet envisagé dans son ensemble.

Quoique les Traités modernes d'accouchements fassent mention des grossesses compliquées et en donnent généralement une définition, aucun d'eux cependant ne renferme un chapitre spécial sur la matière. Bien plus, les définitions sont si peu précises et le plus souvent si discordantes entre elles, qu'on pourrait en compter pour ainsi dire autant que d'auteurs. M. Guéniot, reprenant la question à son origine, en discute les termes et trace nettement ses limites. Il montre que l'on doit entendre par grossesse compliquée *une variété de grossesse utérine, caractérisée par l'existence réelle d'un fœtus, et coïncidant avec une tumeur pathologique à évolution lente des cavités abdominale et pelvienne.*

Partant de cette définition, l'auteur étudie successivement, dans autant de paragraphes distincts : 1° les caractères physiques généraux et la nature des tumeurs qui compliquent la grossesse; 2° le degré de fréquence des grossesses compliquées; 3° leurs phénomènes particuliers et leur marche; 4° leur diagnostic et leur pronostic; 5° enfin, les indications thérapeutiques qu'elles font naître et les méthodes curatives qui leur sont applicables. Cette dernière partie est traitée avec plus de développement que les précédentes; on y trouve le passage suivant :

« C'est en pareille circonstance (lorsque, dans le cours de la grossesse, le volume, le siége et la consistance de la tumeur sont tels, que l'opération césarienne paraît devoir être la seule ressource propre à délivrer la femme au terme de la gestation), c'est en pareille circonstance que peut-être il conviendrait de pratiquer, avec une prudente réserve, des injections dans les tumeurs, afin de les pénétrer d'un liquide destructeur et d'en provoquer ainsi la mortification ou l'amoindrissement graduel. Cette méthode thérapeutique, encore aujourd'hui à ses débuts, pourra sans doute donner ultérieurement des succès importants. Telle me semble, dans ces cas si périlleux, la véritable voie à explorer, voie d'ailleurs essentiellement chirurgicale, puisqu'elle a pour but de sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant, en dirigeant nos moyens d'attaque contre le mal lui-même. »

Sept observations cliniques, dont cinq jusque-là inédites, appuient les considérations pratiques développées par l'auteur.

6. — *Mémoire sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin, pendant la grossesse et l'accouchement.*

(*Arch. gén. de méd.*, 1872. — Un extrait de ce Mémoire a été *lu à l'Académie de méd.* en janvier 1872.)

L'affection dont il s'agit a été décrite pour la première fois par M. Guéniot, qui traite avec développement toutes les questions afférentes au sujet. Dans une *première partie*, il commence par relater avec détail quatre observations personnelles; puis, il reproduit quatre autres faits du même ordre, empruntés à divers auteurs. A ces huit observations, il ajoute deux nouveaux cas, moins bien caractérisés que les précédents, mais vraisemblablement de même nature. C'est sur cet ensemble de dix faits, dont cinq ont été recueillis par lui, qu'il trace l'histoire de la maladie. Les conclusions qui terminent le Mémoire peuvent suffire à donner une idée de cette *seconde partie;* voici quelle en est la teneur :

« 1° Il existe chez certaines femmes, pendant la grossesse et parfois au moment de l'accouchement, une affection particulière du col utérin qui, presque toujours méconnue, n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune description;

« 2° Cette affection peut être désignée sous le nom d'*allongement œdémateux avec prolapsus du col*, qui en indique les principaux traits constitutifs. L'hypérémie et la turgescence de l'organe, la disposition de sa cavité transformée en un long canal librement ouvert, la rapidité avec laquelle ces divers symptômes sont susceptibles de disparaître et leur grande facilité à se reproduire sous certaines influences, représentent autant d'autres caractères fondamentaux de la maladie. L'ulcération du museau de tanche, le renversement du vagin, l'amincissement et la flaccidité des parois utérines sont aussi des symptômes presque constants, de même que des douleurs circum-pelviennes, un sentiment de faiblesse générale et des troubles variables dans l'excrétion urinaire;

« 3° Les causes de cette altération du col utérin sont complexes; elles dérivent à la fois de certaines dispositions anatomiques de l'organe et de diverses circonstances exerçant sur lui une action mécanique prolongée;

« 4° Quoique peu commun, l'allongement œdémateux avec prolapsus du col est sans doute moins rare qu'on ne serait tenté de le supposer. Plusieurs observateurs l'ont à tort assimilé à l'allongement hypertrophique ou au prolapsus simple, avec lesquels il offre en effet une grande analogie, mais dont il se distingue essentiellement par des caractères propres et de première importance;

« 5° L'affection dont il s'agit est, pour la femme, une source d'inconvénients douloureux, plutôt que de dangers menaçants; mais elle est grave

pour le fœtus dont elle compromet la santé ou la vie en prédisposant, soit à l'accouchement prématuré, soit à l'avortement;

« 6° Le traitement qu'il convient de lui opposer consiste à faire rentrer dans le vagin l'organe prolapsé, et à maintenir la réduction au moyen d'un bandage de toile appliqué sur la vulve. Le repos horizontal, l'usage des calmants contre la toux, des laxatifs contre la constipation, etc., sont des moyens auxiliaires qu'il est nécessaire de mettre à profit. L'emploi des pessaires, étant très-dangereux pour la grossesse, sera sévèrement proscrit, de même que toute opération qui intéresserait le vagin ou le col de la matrice. — Pendant l'accouchement, il suffirait de bien surveiller le travail et de se tenir prêt à parer aux accidents. Enfin, après la délivrance, on devrait réduire le prolapsus et prescrire, pour le temps des couches, un décubitus exceptionnellement prolongé. »

7. — *Rapport sur un travail du Dr Mandillon, ayant trait à l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant l'accouchement.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1878)

Analyse, discussion et interprétation de deux cas de dystocie, suivis de commentaires sur la nature de la lésion du col et sur les difficultés apportées à la terminaison de l'accouchement.

8. — *Grossesse et traumatisme considérés dans leurs rapports mutuels.*

(Mémoire grand in-8° compacte de 66 pages; Paris, 1876. — Extrait des *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, même année.)

Ce travail est l'un des plus complets qui existent sur la matière. Pour la première fois, l'influence de la grossesse sur le traumatisme y est envisagée avec tous les développements que comporte le sujet. Celui-ci, en effet, se présente sous deux aspects : d'une part, l'influence du traumatisme sur la grossesse, et d'autre part, l'influence de la grossesse sur le traumatisme. Tandis que la première question avait été déjà traitée avec plus ou moins d'étendue par MM. Valette (de Lyon), Eug. Petit, Cornillon, Massot et Cohnstein, la seconde au contraire n'avait été que fort peu étudiée, et pour ainsi dire incidemment, à l'occasion de quelques faits épars. En 1876, M. Verneuil, dans une importante communication, porta de nouveau le sujet devant la Société de chirurgie, et M. Guéniot, prenant une large part aux débats, examina sous toutes ses faces, dans une série de discours, le difficile problème qui était en discussion.

S'appuyant sur un ensemble d'environ 240 observations, l'auteur, pour tirer quelque lumière de ces faits le plus souvent obscurs ou contradictoires, procède par analyse et considère la grossesse et le traumatisme, non plus seulement dans leur unité complexe, mais surtout dans certains de leurs éléments les plus essentiels. C'est ainsi que les deux facteurs du problème sont envisagés comme il suit :

GROSSESSE.		TRAUMATISME.
1° *Grossesse* exempte de toute disposition morbide.		1° *Traumatisme quelconque* (en dehors d'une perte brusque et abondante de sang) intéressant une *région quelconque*, autre que celle de la zone génitale (conduit vulvo-utérin et région ano-périnéale).
2° Grossesse compliquée d'un état ou d'une disposition morbide.	— Irritabilité anormale de la matrice. — Maladies de l'œuf — Albuminurie. — Altération profonde du sang. — Syphilis. — Tumeurs et inflammations péri-utérines. — Etc.	2° *Traumatisme* affectant la *zone génitale*, ou accompagné d'*hémorrhagie brusque et abondante*, ou compliqué secondairement d'une *affection inflammatoire* (érysipèle, angioleucite, etc.)

M. Guéniot recherche ensuite, dans autant de paragraphes distincts, quel degré d'influence peuvent exercer, soit sur la grossesse normale, soit sur la grossesse compliquée, les *contusions* et la *commotion*, les *fractures* et les *luxations*, les *plaies accidentelles* et *chirurgicales*, les *traumatismes de la sphère génitale*, les *hémorrhagies* à la fois *brusques et abondantes*, et, enfin, les *complications secondaires du traumatisme*, telles que : phlegmon, érysipèle, angioleucite, suppuration prolongée, etc. Au cours de la discussion, il étudie une propriété spéciale et encore peu connue de l'organe gestateur, l'*irritabilité utérine;* il montre que tout état morbide de l'œuf, c'est-à-dire toute cause qui porte atteinte à l'intégrité physique ou à la vitalité du produit de conception, a pour effet d'éveiller ou d'accroître cette irritabilité; enfin, il s'applique à déterminer les limites de ce que l'on peut appeler la *zone génitale*.

Ce long examen conduit l'auteur à penser que, sauf exceptions, les plaies, les contusions, les chutes, etc., ne constituent pas des causes *essentielles* de trouble pour la *gestation complétement normale;* que, dans les cas où elle s'accomplit, l'expulsion prématurée de l'œuf à la suite d'un traumatisme peut s'expliquer par la préexistence ou l'adjonction de causes bien plus réelles et plus puissantes que l'influence traumatique; conséquemment, que le traumatisme ne joue qu'un rôle très-effacé et ne doit être considéré que comme une cause simplement adjuvante ou occasionnelle.

Tout au contraire, lorsque la *grossesse* se trouve *compliquée d'un état ou d'une disposition morbide*, tel que l'irritabilité anormale de l'utérus, une maladie de l'œuf, l'albuminurie, la syphilis, etc., l'influence du traumatisme devient le plus souvent fatale à cette fonction. Ce n'est pas que le traumatisme constitue le facteur principal de la fausse couche, loin de là; mais, si restreinte que soit son action, il se montre d'autant plus efficace que l'état anormal qui complique la grossesse est lui-même plus apte à en interrompre spontanément le cours. En d'autres termes, l'*irritabilité anormale de la matrice* et les *affections de l'œuf* jouent, par rapport à la fausse couche, un rôle très-analogue à celui de la péritonite larvée ou de la pyélo-néphrite latente, par rapport aux accidents formidables que détermine parfois, soit une courte exploration du vagin, soit un simple cathétérisme de la vessie. Ainsi s'explique la fausse couche qui succède à une contusion légère, à un traumatisme des plus insignifiants; tandis que, d'autres fois, nous voyons la grossesse survivre aux effets d'une chute violente de plus de sept mètres de haut (fait observé par l'auteur).

En résumé, au sujet de la première question (*influence du traumatisme sur la grossesse*), M. Guéniot déduit de cette étude plusieurs conclusions, dont voici les deux plus importantes :

1° Lorsqu'un traumatisme atteint la femme enceinte, *en dehors de toute disposition morbide* (femme saine, utérus sain, œuf sain), quelles que soient sa forme et, jusqu'à un certain point, son intensité, il est *généralement* dépourvu de nocuité pour la grossesse (1);

2° Quand, au contraire, la gestation se trouve *compliquée d'un état pathologique*, tel que : irritabilité anormale de l'utérus, maladie ou volume exagéré de l'œuf, abuminurie, etc., le traumatisme, quelque faible qu'il soit et quelque région qu'il affecte, détermine souvent l'expulsion prématurée du produit de conception (2).

Relativement à la seconde question, c'est-à-dire à l'*influence de la grossesse sur le traumatisme*, l'auteur continuant de procéder par analyse, envisage ce dernier :

1° Au point de vue de la proportion de mortalité qu'il fournit chez les femmes enceintes;

2° Au point de vue de la marche et de la durée des lésions.

---

(1) Font exception à cette règle : les lésions qui intéressent un point de la zone génitale, ou qui sont accompagnées d'une perte rapide et abondante de sang, ou enfin, qui s'aggravent secondairement d'une complication inflammatoire, telle que : érysipèle, phlegmon, angioleucite, etc.

(2) Dans ce cas, la cause véritable du trouble apporté à la grossesse provient de l'état organique ou fonctionnel qui complique cette dernière, et non du traumatisme, qui joue simplement le rôle de cause adjuvante ou occasionnelle.

Examinant ainsi successivement les contusions, les plaies accidentelles et chirurgicales, les luxations, et enfin, les fractures simples et compliquées, il déduit de cette étude basée sur environ 150 traumatismes, des plus variés de forme, d'intensité et d'étendue, les notions importantes qui suivent :

« *L'état de grossesse n'aggrave généralement en rien la proportion de mortalité qui, dans les conditions ordinaires, est propre aux divers traumatismes.* C'est ce qui ressort d'une manière très-nette de l'ensemble des faits qui précèdent, et particulièrement de l'étude des 40 cas de fractures simples et compliquées, comme de celle des 25 cas de plaie chirurgicale que j'ai réunis dans un même tableau. En effet, ne peut-on pas induire des deux seules terminaisons funestes que nous offre le groupe des fractures, que la mortalité ici ne dépasse pas la proportion habituelle de l'état de vacuité? Et, touchant les plaies chirurgicales, n'est-il pas plus manifeste encore que la gestation n'a pas accru le chiffre des décès? Quand nous voyons que six opérations de hernie étranglée n'ont donné qu'un seul cas de mort, que cinq amputations de cuisse, trois amputations de jambe, deux désarticulations de l'épaule et deux amputations du bras n'ont provoqué également, à elles *douze*, qu'un seul décès, ne sommes-nous pas autorisé à conclure que la grossesse n'a pas aggravé la mortalité? Un tel résultat me semble même beaucoup plus heureux que celui qui est généralement obtenu dans l'état de vacuité. Peut-être s'agit-il là d'une de ces séries bien connues comme propres à illusionner les esprits trop confiants. Aussi, en raison de ce nombre encore trop limité d'observations, je resterai prudent à conclure. Mais cette réserve ne doit diminuer en rien leur valeur intrinsèque au point de vue qui nous occupe. »

Comme exceptions à la règle ci-dessus, l'auteur mentionne les cas de traumatisme qui affectent la zone génitale, ceux de blessure ou de rupture des veines variqueuses du membre inférieur et ceux qui coïncident avec une grossesse compliquée, lorsque la complication est de celles qui prédisposent d'une manière spéciale à l'avortement.

En ce qui concerne la marche et la durée des lésions, il résulte de l'étude des amputations de cuisses, de jambes et de bras, de même que des désarticulations de l'épaule, des opérations de hernie étranglée, des extirpations de tumeurs, des opérations autoplastiques, etc., etc., que, dans leur ensemble, ces différents cas de plaies contuses ou non contuses, accidentelles ou chirurgicales, conduisent aux déductions suivantes :

a. L'état de grossesse n'entrave ni la réunion immédiate, ni la cicatrisation régulière et rapide;

b. Les complications d'hémorrhagie, de gangrène, d'angioleucite, d'érysipèle et de phlegmon se rattachent, il est vrai, quelquefois à des dispositions eugendrées par la grossesse, mais souvent aussi paraissent être complétement indépendantes de cet état fonctionnel;

c. Enfin, dans l'état de gestation, la suppuration n'est ni plus abondante,

ni plus longue, de même que les suites du traumatisme (exception faite des cas spécifiés à propos de la mortalité) ne sont ni plus funestes, ni plus souvent entachées de difformités que dans l'état de vacuité.

Quant aux *fractures*, l'examen critique de 40 observations autorise à conclure que la gestation n'entrave que très-exceptionnellement la marche de la consolidation. Encore convient-il de noter que, même dans ces cas exceptionnels, l'influence nuisible de la grossesse ne ressort pas, à beaucoup près, avec une entière évidence.

Après avoir encore jeté un coup d'œil sur les *affections chirurgicales, dites spontanées*, de même que sur l'*état de couches*, qui offrent une si grande connexité, d'une part, avec les *affections traumatiques*, et, d'autre part, avec l'*état de grossesse;* après avoir montré que, relativement aux tumeurs malignes, la gestation jouit d'une véritable propriété *sarcogénique*, et que l'*état de couches normal ne s'oppose généralement pas plus à la réparation des tissus que l'état de grossesse physiologique*, l'auteur entre dans des considérations sur la pléthore massive de la gestation, ainsi que sur la diminution de l'hématose globulaire liée à cette fonction, considérations qui tendent à expliquer comment la grossesse permet une réparation généralement si facile des lésions traumatiques.

Enfin, M. Guéniot termine cet important Mémoire par une série de conclusions ayant trait à la seconde question (influence de la grossesse sur le traumatisme), et dont voici les plus significatives :

1° *Si l'on s'en rapporte aux faits publiés jusqu'à ce jour*, dans la très-grande généralité des cas, l'état de grossesse n'exerce sur le traumatisme aucune influence nuisible. Ainsi, les contusions et les plaies, de même que les luxations et les fractures, ne déterminent pas, chez les femmes enceintes, une plus forte proportion de mortalité que chez les autres individus; de plus, la guérison des lésions s'effectue selon le mode habituel et dans les limites de durée qui sont propres à chaque variété de traumatisme (1).

2° D'après cette donnée, les plaies chirurgicales n'offrant pas, pendant la grossesse, le danger qu'on leur suppose, si l'on avait à combattre une tumeur à développement brusque et menaçant, c'est à l'extirpation ou à l'amputation que l'on devrait avoir recours, plutôt qu'à l'accouchement provoqué.

3° Quant à l'*état de couches*, contrairement à l'opinion reçue, il ne s'oppose, le plus souvent, ni à la cicatrisation régulière des plaies, ni à la consolidation des fractures, pourvu que ces lésions soient *contemporaines de la grossesse ou de l'accouchement*. — Pour les traumatismes d'une *origine postérieure à la*

(1) Comme exceptions à cette règle, il convient de signaler: les traumatismes qui affectent la zone génitale, ou qui — la gestation ayant dépassé le troisième mois de son cours — intéressent soit les membres inférieurs, soit une région atteinte d'altération vasculaire.

parturition, ils paraissent offrir, au contraire, une gravité particulière, qui serait en rapport avec le trouble apporté à la régression physiologique des organes. De là, l'indication de différer, jusqu'à 3 ou 4 mois au delà de l'accouchement, les opérations non urgentes qui doivent porter sur la zone génitale ou même sur les membres inférieurs.

9. — *Des fausses grossesses.*

(Thèse du Dr Villebrun. Paris, 1865.)

Dans les quatre faits recueillis par M. Guéniot, les signes qualifiés de *rationnels*, joints à quelques signes objectifs, avaient provoqué des erreurs de diagnostic. On avait cru, en effet, à une grossesse réelle ou fœtale, alors qu'il s'agissait : dans le premier cas, d'une aménorrhée avec développement graisseux de l'abdomen; dans le second, d'un myome volumineux de l'utérus; dans le troisième, d'une accumulation de liquide fétide dans la matrice; et enfin, dans le quatrième, d'un kyste sanguin de l'abdomen.

10. — *Mémoire sur la délivrance dans l'avortement.*

(*Bull. gén. de thérap*, 1867, et in-8° de 44 pages.)

Travail original sur une question de pratique quotidienne. Les exemplaires en ont été rapidement épuisés.

« ..... Comme on le voit, dit l'auteur après une courte revue historique, malgré la multiplicité des travaux publiés sur l'avortement, il reste encore, au sujet de la délivrance, plus d'un point en litige; et les divergences qui existent entre les accoucheurs se traduisent trop souvent, dans la pratique ordinaire, par des hésitations dangereuses. Il n'est donc pas superflu d'aborder de nouveau la question et de chercher, par le rapprochement et la discussion des faits, à déterminer avec plus de précision la conduite à tenir dans les divers cas qui peuvent se présenter. » (Guéniot, *p. 7 du présent Mémoire.*)

Tel est le but que l'auteur s'est proposé, et qu'il s'est efforcé d'atteindre. A cet effet, il expose d'abord, au double point de vue anatomique et pathologique, les phénomènes particuliers que présente la fausse couche; et pour mieux en accuser les traits, il les met en parallèle avec les phénomènes analogues de l'accouchement. Il signale une forme spéciale de délivres abortifs dont la configuration rappelle celle des bouchons de vin de Champagne; puis il appelle l'attention sur deux symptômes importants qui n'avaient pas encore été indiqués, à savoir : d'une part, l'existence d'intermittences quo-

tidiennes ou de suspensions périodiques dans le travail d'avortement, et, d'autre part, un abaissement presque constant ou des inclinaisons diverses de la matrice, lorsque la délivance est laborieuse. Plusieurs observations servent d'exemples et de démonstration à ces idées.

S'appuyant sur les données de la clinique, l'auteur discute ensuite les indications thérapeutiques qui ont trait à la délivrance abortive, et il précise la conduite à tenir dans tous les cas de ce genre, qu'il rapporte aux cinq types suivants : 1° l'avortement est fait; la délivrance ne l'est pas, ou elle est incomplète, et *il n'existe pas d'accident ;* 2° l'avortement est accompli; la délivrance ne l'est pas, ou elle est incomplète, et *il existe des accidents;* 3° l'avortement est consommé, et l'*on doute que la délivrance soit effectuée, ou qu'elle soit complète*; 4° l'avortement est fait, l'expulsion du délivre est sûrement complète; mais il existe, par le fait même de la délivrance, des *accidents qui réclament l'intervention du médecin*; 5° enfin, l'*avortement n'est pas encore consommé*, mais il est plus ou moins avancé, et *reconnu inévitable*, quoi qu'on puisse faire pour l'empêcher.

Un tableau synoptique, placé à la fin du Mémoire, résume tous les détails du traitement applicable à ces différents cas.

11. — *Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements.*

(Thèse de concours. Paris, 1869. In-8° de 150 pages, avec 12 fig. intercalées dans le texte.)

Cette publication est ainsi appréciée par les *Archives générales de médecine*, numéro de juillet 1869 :

« On avait étudié jusqu'ici l'influence des luxations coxo-fémorales sur le « développement et les déformations du bassin. Le mémoire de M. Guéniot « est le premier travail d'ensemble dans lequel l'auteur se soit proposé « d'examiner l'influence que ces déformations peuvent avoir sur la gros- « sesse et sur les terminaisons de l'accouchement. Cette thèse, fort bien « faite, se recommande donc en outre par l'attrait de la nouveauté.

« Après avoir, dans un premier chapitre, esquissé l'historique de la « question et rappelé les travaux de ses devanciers, M. Guéniot remarque « que si la science est à peu près fixée sur la partie anatomique de ces « déformations, il n'en est plus de même pour la clinique; car, tandis que « les uns accordent à la claudication une influence nuisible sur la grossesse « et la parturition, les autres, au contraire, nient plus ou moins cette « influence.

« Dans un second chapitre, l'auteur décrit complétement les déforma- « tions pelviennes qui sont le résultat d'une luxation fémorale, soit sponta-

« née, soit congénitale. Sous le titre de *bassin à type ilio-fémoral*, il désigne « les bassins dans lesquels le déplacement articulaire date de la vie intra- « ntérine ou des premières années de l'enfance et qui ont ainsi subi, à un « degré variable, l'influence de cette cause déformatrice ; mais il en sépare « de suite un certain nombre de bassins qui, bien qu'affectés de luxation, « s'écartent complétement du type.

« M. Guéniot étudie ensuite les caractères anatomiques des bassins ilio- « fémoraux à luxation simple et à luxation double, et démontre que cette « variété constitue bien un type à part, différant des bassins rachitiques, ou « ostéomalaciques, ou obliques-ovalaires. Ces derniers, pourtant, ont avec « les bassins ilio-fémoranx à luxation simple de nombreux points de con- « tact. Enfin, entre les bassins à luxation simple et à luxation double, il « existe de notables différences que M. Guéniot s'attache à bien faire ressortir.

« Au point de vue obstétrical, l'auteur signale l'existence très-fréquente, « sur la marge antérieure du petit bassin, de lames osseuses que M. Depaul « a le premier indiquées, et qui peuvent perforer l'utérus ou la vessie; la « faiblesse extrême des branches ischio-pubiennes qui rend leur fracture « possible; enfin, l'inclinaison du bassin en avant, l'adduction exagérée et « l'ankylose des fémurs qui, dans certains bassins coxalgiques, peuvent « gêner les manœuvres opératoires. Il relate, en dernier lieu, quatre obser- « vations de bassins à viciation complexe, tous quatre présentant ce carac- « tère commun d'être affectés de luxation double du fémur.

« Dans le chapitre III, M. Guéniot étudie les causes, le mécanisme et « l'évolution de ces déformations. Les causes qui agissent pour produire « la déformation du bassin sont au nombre de trois principales : l'imper- « fection du développement, les pressions osseuses et la claudication. Les « tractions musculaires et ligamenteuses ajoutent leur action à celle des « causes précédentes.

« Relativement à l'influence des luxations coxo-fémorales sur la grossesse « et l'accouchement, il est à remarquer que dans certains cas la luxation, « soit spontanée, soit traumatique, semble n'apporter aucune entrave à « l'accomplissement régulier des fonctions génératrices, tandis que, dans « d'autres cas, la luxation simple ou double les complique d'une manière « plus ou moins grave. Passant en revue les faits que l'on possède, l'auteur « arrive à cette conclusion qu'en considérant le nombre des accouchements « (qui s'élève à près de 60), on trouve que les cas simples ont été, relati- « vement aux cas compliqués, dans la proportion d'environ 6 à 1. Mais en « tenant compte de diverses circonstances, M. Guéniot pense que le rap- « port de 7 à 1 peut être provisoirement accepté comme se rapprochant « davantage de la vérité. Il croit également que les luxations d'origine « coxalgique sont beaucoup plus souvent la cause de complications que les « luxations congénitales.

« En ce qui concerne la grossesse, on ne trouve aucun accident qui soit « imputable à la déformation pelvienne ; mais il n'en est plus de même pour « l'accouchement. Outre l'influence exercée sur les présentations et les po- « sitions du fœtus, qui plusieurs fois s'est offert par le tronc, la déformation « du bassin peut encore être cause de lenteur dans la parturition, et plus « souvent de trop grande rapidité. Enfin, l'intervention de l'accoucheur peut « être réclamée par un rétrécissement notable du détroit supérieur, une in- « clinaison excessive du bassin en avant, une présentation vicieuse de l'en- « fant, la procidence d'un membre ou du cordon ombilical.

« Nous passerons sur le pronostic qui, d'une manière générale, n'offre « qu'une médiocre gravité, et nous arrivons au diagnostic qui fait l'objet du « chapitre IV. Il doit comprendre : 1° le diagnostic de la luxation et des « complications qui peuvent l'accompagner ; 2° le diagnostic des déforma- « tions pelviennes produites par la disjonction des surfaces articulaires. A « ce sujet, M. Guéniot décrit avec soin les différents modes d'exploration et « de mensuration du bassin généralement usités.

« Le dernier chapitre est consacré aux indications pratiques. La première, « selon l'auteur, serait de guérir la luxation ; mais il paraît peu disposé à « admettre que cela soit possible. Une seconde indication serait de s'oppo- « ser au développement des déformations, etc.

« En présence d'une femme enceinte affectée de luxation simple ou dou- « ble, l'accoucheur devra lui conseiller de se modérer dans l'exercice de la « marche, puis rechercher attentivement le genre et le degré des lésions du « bassin, pour régler sur ces données sa conduite future. Pour le reste, il « devra pourvoir aux diverses indications qui se présenteront, en évitant « toujours avec un soin scrupuleux l'emploi de toute manœuvre vio- « lente. »

12. — *Leçons sur la dystocie : dystocie par insuffisance des forces efficientes de l'accouchement.*

(*Union médicale*, 1865.)

Étude complète de la question, faite d'après des données déjà connues. La distinction des accouchements à marche lente en deux classes (*accouchements ennuyeux* et *accouchements trop lents*), selon que la lenteur est inoffensive ou, au contraire, dangereuse et menaçante, mérite toutefois d'être signalée comme originale et très-importante dans la pratique. L'auteur s'appuie sur des considérations dont les cliniciens peuvent chaque jour vérifier la justesse.

13. — *Leçons de clinique obstétricale faites à l'hôpital des Cliniques.*

(Recueillies par le Dr Chantreuil. — Brochure in-8° de 62 pages. Paris, 1873.)

Ces leçons, au nombre de sept, ont été publiées dans divers journaux de médecine, puis réunies en brochure aprés avoir été revues et corrigées par l'auteur. Faites au temps des vacances, pendant une suppléance de M. le professeur Depaul, elles offrent un caractère essentiellement pratique, et traitent des sujets suivants :

1° De l'insertion vicieuse du placenta et des hémorrhagies qui en dépendent ;

2° De l'emploi du tampon contre les hémorrhagies utérines ;

3° Du traitement des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta ;

4° Kyste multiloculaire de l'ovaire compliquant une grossesse ;

5° De l'accouchement prématuré, dit spontané ;

6° De la faiblesse congénitale et de son traitement.

Dans les sixième et septième leçons, consacrées à l'étude de la faiblesse native ou originelle, se trouvent un exposé substantiel et complet des soins d'hygiène que réclament les enfants nés avant terme, ainsi que les détails relatifs à un état morbide peu connu, auquel l'auteur donne le nom de *torpeur syncopale*.

14. — *Leçons de clinique obstétricale faites à l'hôpital des Cliniques.*

(Brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1874.)

Ces leçons faites en 1874, dans les mêmes conditions que les précédentes, ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, puis réunies en brochure par l'auteur. Elles ne traitent que d'un seul sujet, sur lequel il existe peu de travaux. On peut ainsi les considérer comme formant un mémoire original : *Sur les adhérences anormales du placenta.*

Après avoir relaté cinq faits inédits, M. Guéniot établit : 1° que l'union trop intime du placenta à la matrice est tantôt *générale* et tantôt *partielle;* 2° que ces adhérences sont parfois *médiocrement exagérées* ou, au contraire, portées à un tel degré, que l'on constate une *sorte de fusion entre les tissus placentaire et utérin;* 3° enfin, que l'adhérence peut être ou non accompagnée d'*hémorrhagie*, compliquée ou non de *rétraction violente de la matrice.* Au chapitre de l'étiologie il développe cette opinion nouvelle : que, dans la grande majorité des cas, ce n'est point à une altération *pathologique* qu'est due l'union anormale du placenta à l'utérus, mais bien à l'absence du tra-

vail *physiologique* qui, dans le cours de la grossesse, prépare la désunion de ces deux organes. L'influence d'un travail vraiment pathologique (de la métrite spécialement) ne serait presque certaine, que dans les exemples d'union portée jusqu'à la fusion des deux tissus. Le diagnostic et le pronostic sont ensuite rapidement étudiés. Quant au traitement, l'auteur en expose les détails avec tout le soin que réclament et la gravité de l'accident et les difficultés du sujet.

15. — *Article* BASSIN VICIÉ *du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1867, grand in-8° de 66 pages.)

(En collaboration ave M. Depaul.)

Travail étendu, l'un des plus complets qui existent sur la matière. Les diverses espèces et variétés de viciations du bassin y sont envisagées successivement, dans leurs caractères anatomiques, dans leurs causes et leur diagnostic, sous le rapport de leur influence sur la grossesse et sur l'accouchement, et enfin au point de vue des indications thérapeutiques.

Un aperçu historique du sujet; l'étude, faite pour la première fois, des lames ou arêtes tranchantes qui bordent parfois l'arc antérieur du pelvis; des vues particulières sur l'étiologie du bassin oblique-ovalaire, constituent autant de parties originales dans cette importante publication.

16. — *Leçon d'ouverture du cours officiel d'accouchement, fait à la Faculté de médecine, en* 1873.

(*Gaz. obstétricale de Paris*, 1873.)

Dans cette leçon, qui traite des généralités de l'obstétricie, du domaine et des limites de cette science, ainsi que de ses rapports incessants avec la chirurgie et la médecine, l'auteur a exposé le tableau complet des sujets dont elle s'occupe, c'est-à-dire une division méthodique des actes, soit physiologiques, soit pathologiques dont se compose, chez la femme, la grande fonction de reproduction.

17. — *Hydrocéphalie compliquant le travail de l'accouchement.*

(Thèse d'agrégation du Dr Alph. Herrgott. Paris, 1878; p. 33 et 41.)

Deux observations, dont une particulièrement remarquable, recueillie par M. Guéniot dans sa pratique de ville.

18. — *Note sur le phlegmon diffus intra-pelvien, consécutif à certains accouchements artificiels.*

(Thèse d'agrégation du Dr P. Budin. Paris, 1878; p. 119.)

Dans cette note, M. Guéniot démontre la réalité d'une affection non encore décrite, qu'il a observée plusieurs fois à la suite d'accouchements laborieux.

19. — *Note sur l'ascite congénitale et sur les obstacles qu'elle peut apporter à la terminaison de l'accouchement.*

(*In* art. ASCITE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, par le Dr Ern. Besnier.)

20. — *Dystocie par obstruction du bassin.*

(Thèse du Dr Baille. Paris, 1864.)

21. — *Phlébite utérine après l'accouchement.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1861.)

Début des accidents le troisième jour des couches. Infection purulente; vingt-deux frissons dans le cours de la maladie. A l'autopsie : sinus utérins gorgés de pus, abcès métastatiques dans les poumons, pleurésie purulente et phlegmasie suppurée des deux articulations sacro-iliaques.

22. — *Hypertrophie de la région placentaire de l'utérus, cause d'hémorrhagie après l'accouchement.* (Deux observations.)

(Thèse du Dr Ch. Weis. Paris, 1872.)

23. — *Tumeurs sanguines ou thrombus du vagin, pendant l'accouchement et ses suites.*

(Thèse du Dr Perret. Paris, 1864.)

Deux observations dues à M. Guéniot qui signale, le premier, l'existence d'un bruit de souffle au cœur et dans les carotides. Dans l'un de ces cas, ce fut une ecchymose du périnée, jointe à un œdème considérable de la vulve, qui décela la présence de la tumeur.

24. — *Relation d'un cas de phlébite puerpérale du membre inférieur.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*; juillet 1861.)

Début des accidents trois jours après l'accouchement. Œdème considérable du membre; infection purulente; trente frissons en moins d'un mois de maladie. A l'examen nécroscopique : veines profondes du membre toutes oblitérées par des caillots fibrineux, ramollis et même liquéfiés en certains points; veine saphène interne pareillement obturée vers son embouchure, de même que les trois veines iliaques de chaque côté et la veine cave inférieure à son origine; matrice et annexes complétement saines, etc.

Cette observation, dit l'auteur en terminant sa relation, tend à restreindre le rôle de la plaie placentaire dans la genèse de certaines maladies puerpérales; elle démontre, en outre, que la plaie utérine ne se répare point à la manière des plaies extérieures. La plaie utérine, en effet, quand elle suit une marche régulière, ne présente ni cercle inflammatoire, ni tissu de cicatrice. Les sinus qui la traversent s'oblitèrent au moyen de caillots fibrineux qui, sous l'influence de la rétraction graduelle de la matrice, prennent la forme globuleuse; les franges du placenta maternel meurent et tombent par petits fragments ou par parcelles moléculaires, et la muqueuse se régénère, sans mélange de cicatrice, à la manière de l'épiderme quand, par une cause quelconque, la peau en a été dépouillée.

25. — *Inflammation spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs dans l'état de couches.*

(*In* Mém. du Dr Nivert sur ce sujet. — *Arch. gén. de méd.*, août 1862.)

Des deux cas relatés par M. Guéniot, l'un est particulièrement remarquable par l'abondance d'une éruption d'herpès fébrile sur le visage. Les groupes de vésicules étaient tellement nombreux que, lors de la dessiccation, la face semblait couverte d'un masque. Les veines enflammées suppurèrent, et la malade mourut d'infection purulente. Dans le second cas, il se forma sur le trajet des veines une série d'abcès, qui furent ouverts avec la lancette, et la femme guérit.

26. — *Insertion vicieuse du placenta et hémorrhagie.*

(Thèse du Dr Gab. Dumas. Paris, 1864.)

Trois observations dues à M. Guéniot. Dans l'une, le placenta bilobé offrait

un énorme développement en surface; l'intervalle des lobes correspondait au col utérin et se trouvait sillonné par de grosses veines, qu'il eût été difficile d'éviter en perforant les membranes.

27. — *Hémorrhagie par insertion du placenta sur le col utérin.*

(Thèse du Dr Hilt. Paris, 1865.)

Femme enceinte de 7 mois, en proie à des défaillances très-rapprochées. Le travail, peu avancé, se suspend malgré l'application d'un tampon serré, qui bientôt provoque de l'infection putride; et l'accouchement ne se termine qu'au bout de cinq jours,

28. — *Procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement.*

(Thèse du Dr Mall. Paris, 1865.)

Plusieurs faits relatés par M. Guéniot. Dans l'un, le cordon mesurait un mètre vingt-deux centimètres de long; dans un autre, il existait un nœud au sommet de l'anse prolapsée, etc.

29. — *Note sur un cas d'enroulement compliqué du cordon ombilical autour du tronc et du cou de l'enfant.*

(Thèse de concours du Dr Chantreuil. Paris, 1875, p. 11.)

30. — *Sur le traitement de l'éclampsie puerpérale.*

(Thèse du Dr Cade. Paris, 1867.)

Des huit observations publiées par M. Guéniot, la plus importante est relative à une dame qui, dans deux grossesses successives, fut atteinte d'éclampsie. La première fois, les accès se répétèrent au nombre de huit, avec une grande intensité; la malade ne recouvrait plus connaissance dans leur intervalle. Des émissions sanguines amenèrent la cessation des attaques; l'accouchement s'effectua treize jours plus tard, et la patiente finit par se rétablir. Dans la grossesse suivante, il y eut jusqu'à quinze accès; la même thérapeutique fut suivie du même résultat; et, depuis lors, cette dame accoucha quatre fois sans accident, après avoir été saignée à plusieurs reprises dans deux de ces dernières grossesses. — Chez une autre malade dont les accès, au nombre de vingt-deux, avaient débuté après l'accouche-

ment, l'examen répété de l'urine n'y fit, à aucun moment, constater de l'albumine. Comme dans l'exemple précédent, des saignées répétées procurèrent la guérison.

31. — *Leçon clinique sur l'éclampsie puerpérale.*

(*Gaz. des hôpitaux*; 30 sept. et 7 oct. 1876.)

Leçon faite à la Clinique d'accouchement, pendant le service intérimaire des vacances. L'auteur y insiste particulièrement sur l'étiologie et le traitement de la maladie. La gestation utérine, la pléthore massive du système sanguin, une toxémie spéciale liée presque toujours à l'albuminurie, enfin l'irritabilité exagérée du système nerveux, d'où dérive une facilité plus grande des transmissions réflexes ; telles sont les causes essentielles de l'éclampsie. Quant au traitement de cette affection, il doit précisément satisfaire aux diverses indications qui découlent de ces notions pathogéniques.

La déplétion utérine (quand on peut l'effectuer sans violence), les émissions sanguines, l'emploi du chloral ou du chloroforme, enfin la suppression de toute cause propre à exciter l'action réflexe, en représentent les points fondamentaux.

32. — *Leçon clinique sur un cas grave d'anasarque albuminurique pendant la grossesse.*

(*Gaz. des hôpitaux*; 21 oct. 1876.)

Femme de 20 ans, enceinte pour la seconde fois, qui fut prise, dès le quatrième mois, d'un œdème rapidement généralisé. Ascite considérable ; crises répétées de vomissements et de diarrhée. Albuminurie abondante, accompagnée de tubes hyalins. Des accès violents de suffocation forcèrent l'auteur à pratiquer la paracentèse de l'abdomen, ainsi que de nombreuses mouchetures sur les membres inférieurs. Vers sept mois et une semaine de gestation, il dut même recourir à l'accouchement provoqué, ce qui causa une rémission heureuse dans les accidents.

33. — *Déchirure circulaire du segment inférieur de l'utérus pendant l'accouchement.*

(Thèse du Dr Eury. Paris, 1873.)

Premier exemple de ce genre, qui ait été signalé en France. M. Guéniot prit texte de cette observation pour une de ses leçons cliniques, reproduite

en partie dans la thèse du Dr Eury. Depuis lors, M. Polaillon a relaté un fait analogue (*Soc. de chirurgie; 12 avril* 1876).

34. — *Cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement.*

(*In* Mém. du Dr Chantreuil sur ce sujet. Paris, 1872.)

Deux observations importantes, relatées par M. Guéniot. Dans l'une, il s'agissait d'un cancer végétant qui dut être enlevé par fragments pour permettre à la main d'effectuer la version. Dans l'autre, le col utérin étant dégénéré sur presque tous les points, l'extraction du fœtus nécessita plusieurs débridements de cet organe. Les deux femmes survécurent aux suites de l'accouchement, mais elles succombèrent, l'une au bout de six semaines, et l'autre plus tardivement, à l'affection carcinomateuse.

35. — *Remarques sur un cas d'occlusion du vagin par l'hymen, chez une femme en travail d'accouchement.*

(*Arch. de tocologie;* décemb. 1878.)

IV. — OBSTÉTRICIE OPÉRATOIRE

36. — *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.*

(Thèse de concours, 1866; in-8° de 84 pages.)

Ce travail est divisé en quatre parties, dont chacune comprend elle-même plusieurs chapitres. Dans la *première*, l'auteur jette un coup d'œil rapide sur l'histoire de l'opération césarienne et de la céphalotripsie; puis, il établit un parallèle historique entre ces deux méthodes chirurgicales. Dans la *deuxième*, il étudie successivement chacune de ces opérations au triple point de vue de son mode d'exécution, de ses difficultés et de ses suites normales ou compliquées; puis il les compare entre elles dans un chapitre spécial. La *troisième partie* est consacrée à l'exposition des résultats statistiques qu'elles ont l'une et l'autre fournis. L'auteur discute avec soin ce point important et si obscur de la question, et rapproche ensuite les revers et les

succès de l'une des revers et des succès de l'antre. Enfin, dans la *quatrième partie*, il étudie les indications respectives de ces deux opérations, en basant ses déductions sur les résultats qu'elles ont donnés jusqu'ici. Puis, dans un chapitre final, il met en regard les indications de l'une et celles de l'autre, et déduit de ce rapprochement quelques conclusions finales.

Plusieurs faits cliniques, relatés par l'auteur, et un tableau statistique de vingt-deux cas de céphalotripsie figurent au nombre des parties originales de ce travail.

37. — *De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution.*

(*Bull. général de thérapeut.*, 1870.)

Mémoire importaut divisé en deux parties. ***Dans la première***, l'auteur esquisse l'histoire des diverses opérations césariennes qui ont été pratiquées à Paris, depuis la fin du XVIe siècle, c'est-à-dire depuis A. Paré jusqu'a nos jours. Il commence par analyser six cas bien authentiques, dans lesquels mères et enfants purent être sauvés par l'opération. Ainsi se trouve réfutée l'erreur très-répandue qui consiste à croire que *jamais* l'hystérotomie n'a été suivie de guérison dans notre capitale. La vérité est que (sauf le succès tout récent de M. Tarnier), depuis 1787, date de la seconde guérison obtenue par Lauverjat, on n'y compte plus aucune terminaison heureuse pour la mère; et cela, quoique la section césarienne y ait été pratiquée environ quarante fois dans le cours de notre siècle. Comment donc expliquer ces insuccès constants depuis bientôt 90 ans? C'est ce que M. Guéniot s'applique à rechercher. Tout en reconnaissant une influence défavorable au *milieu*, surtout au *milieu nosocomial*, dans lequel la plupart des opérations ont été faites, il n'hésite pas à penser que cette longue série de revers doit être attribuée, pour une bonne part, à l'imperfection et aux défectuosités des méthodes opératoires. De là, pour obtenir des résultats heureux, la nécessité de reviser les méthodes en usage et de substituer à certaines pratiques dangereuses des procédés plus conformes aux données actuelles de la science.

Tel est l'objet de la *seconde partie*. Afin d'appuyer sur de solides bases les détails nouveaux d'exécution ou les perfectionnements opératoires qu'il propose, l'auteur envisage d'abord trois ordres de faits qui, selon lui, constituent les meilleures sources d'indication ; ce sont : 1° les accidents ou complications qui entraînent la mort des femmes après la section césarienne; 2° le mode suivant lequel s'opère la guérison dans les cas heureux ; 3° enfin, les renseignements précieux que fournit la pratique de l'ovariotomie.

Après avoir formulé quelques conseils relativement aux *soins préventifs*

et à la *rupture artificielle des membranes*, l'auteur fait voir que *l'incision abdominale*, telle qu'il est d'usage de la tracer, offrant de réels inconvénients, il convient d'en modifier à la fois la direction et la longueur. Puis, s'appuyant sur les données fournies par l'ovariotomie, il démontre la nécessité indispensable de prévenir, dans l'hystérotomie, toute souillure du péritoine, tout dépôt de matière putrescible dans la cavité de cette séreuse. A ce propos, l'auteur discute les divers procédés mis en usage pour arriver à cette fin, et il montre que les cautérisations propres à faire naître des adhérences entre la tumeur utérine et la paroi abdominale, de même que les sutures pratiquées sur ces mêmes parties en vue de s'opposer à l'écoulement des liquides dans l'abdomen, constituent des ressources très-insuffisantes et dont l'emploi ne serait pas sans danger. Pour atteindre au but, à l'aide d'un moyen qui offre à la fois les meilleurs garanties d'efficacité et d'innocuité, M. Guéniot propose le procédé suivant, dont la formule un peu paradoxale peut se résumer en quatre mots : *opérer hors du ventre*. Voici comment il règle les détails de l'opération :

« Dès que l'incision extérieure sera faite, on passera au niveau de son angle supérieur une anse métallique dans l'épaisseur de la paroi utérine. Les chefs de cette anse, maintenus avec fermeté par un aide, serviront, concurremment avec les mains de l'aide principal, à faire proéminer le segment antérieur de la matrice entre les lèvres de la plaie abdominale. Celle-ci se trouvera de la sorte complétement obturée comme par un tampon qui s'appliquerait sur son contour d'arrière en avant. L'occlusion étant bien exacte, inciser alors l'utérus comme je le dirai plus loin. Extraire ensuite l'enfant avec lenteur, en ayant soin, à mesure que la matrice diminue de volume, d'attirer celle-ci de plus en plus hors de l'abdomen. Cette extraction étant effectuée, l'utérus aura son hémisphère antérieur presque totalement en saillie. Attendre trois minutes et plus avant d'opérer la délivrance; éponger la plaie; exciter l'utérus à se contracter; appliquer de la glace si l'hémorrhagie est trop abondante; nettoyer avec un soin scrupuleux toute la portion visible de l'organe; et, quand celui-ci sera bien rétracté, que les bords de la plaie utérine seront rapprochés et l'hémostase complète, on retirera seulement l'anse métallique, pendant que les mains d'un aide maintiendront dans un contact rigoureux et la matrice et la paroi du ventre. On épongera alors avec soin les gouttelettes de sang qui s'échapperont du trajet de l'anse métallique, puis on laissera l'utérus, dont l'inclinaison et la torsion ont été respectées, rentrer lentement derrière la paroi antérieure de l'abdomen. »

Quant à l'incision de la matrice, l'auteur démontre qu'on lui donne généralement une longueur exagérée; qu'il résulte de ce fait des inconvénients très-réels, et que, dès lors, il convient de la restreindre à 12 ou 13 centimètres, au lieu de 15 ou 16 qui représentent sa longueur habituelle. Puis il termine son travail par l'examen des trois points suivants, à savoir : 1° la

suture de la plaie utérine, qu'il considère comme devant être le plus souvent évitée ; 2° la *formation des adhérences* entre la matrice et la paroi abdominale, circonstance très-favorable qu'il importe de favoriser ; enfin, *l'entretien d'une double voie d'écoulement* qui conduise avec facilité les liquides utérins au dehors.

38. — *Mémoire sur l'emploi de la force mécanique dans les accouchements.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875 p. 497.)

L'histoire de l'art nous apprend que l'emploi de la force mécanique, après avoir été tour à tour conseillé, puis rejeté, a finalement conquis la faveur des chirurgiens. On ne saurait le nier, la chirurgie proprement dite retire souvent des avantages considérables de l'usage des machines. Mais peut-on conclure de ce fait qu'il en serait de même pour la chirurgie obstétricale? C'est ce que M. Guéniot cherche à élucider en analysant avec rigueur les circonstances spéciales que présente la pratique des accouchements, et en les mettant en parallèle avec celles, d'un caractère parfois très-différent, que l'on rencontre en chirurgie. De cette étude comparée, l'auteur déduit les deux conclusions suivantes :

1° La force mécanique peut être légitimement appliquée aux accouchements toutes les fois que, par suite d'efforts exagérés, l'opérateur est exposé à perdre la pleine possession de ses mouvements.

2° A moins de vouloir abuser de cette utile ressource, là doit s'arrêter l'intervention des machines ; et presque toujours, à un certain moment de l'extraction fœtale, il sera indiqué de leur substituer la force manuelle pour compléter l'opération commencée par elles.

39. — *Procédé nouveau de version applicable aux cas difficiles, ou procédé ano-pelvien.*

(Lu à l'Acad. de médecine, séance du 2 octobre 1877. — Publié in *Arch. de tocologie*, même année, p. 651.)

Si la version est généralement une opération très-simple, on sait aussi que, parfois, elle présente les plus graves difficultés. Le tétanos de la matrice, une étroitesse excessive du bassin, des manœuvres inopportunes ou trop répétées sont particulièrement propres à les engendrer. Aussi, en raison même de ces difficultés, les accoucheurs ont-ils imaginé divers genres de mutilation du fœtus, tels que : la *dérotomie* ou section du cou, *l'éviscéra-*

tion, etc. Mais ces opérations, applicables à l'enfant mort, ne sont pas toujours réalisables; et lors même qu'elles ont pu être exécutées, il arrive parfois que l'accouchement, pour être terminé, réclame encore le secours de la version.

Pour ces cas exceptionnels, le procédé que préconise l'auteur, et qu'il a déjà maintes fois mis en pratique, consiste essentiellement : 1° à s'aider du poids du corps pour faire pénétrer la main, presque sans fatigue, jusque vers le fond de la cavité utérine; 2° à prendre comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacrococcygienne à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum; 3° enfin, à suivre, quant au reste de la manœuvre, les règles ordinaires de la version podalique.

Sans parler du poids du tronc, que l'opérateur met à profit pour la recherche des parties fœtales, on peut résumer les avantages de ce procédé ainsi qu'il suit :

1° Le bassin du fœtus est ordinairement plus facile à trouver que les pieds;

2° La prise que fournit au doigt l'arcade pubienne ou la pointe du sacrum est des plus solides et ne prête en rien au glissement;

3° Les tractions étant directes, la force dépensée se trouve entièrement utilisée;

4° Quel que soit le sens de ces tractions — vers la région dorsale ou abdominale du fœtus — l'évolution de ce dernier peut être effectuée;

5° Enfin lorsque, par le procédé podalique, l'opérateur a échoué, le procédé ano-pelvien lui permet encore de mener à bien la version commencée.

40. — *Article* CRANIOTOMIE *du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(Mars 1879.)

Après avoir discuté les termes d'une bonne définition de la crâniotomie, l'auteur donne successivement un aperçu historique de l'opération, l'exposé de ses indications et la description détaillée, suivie d'un examen comparatif des principales méthodes. Ne s'occupant pas de la céphalotripsie, dont il a été traité ailleurs, il étudie : 1° la *crânioclasie* ou broiement parcellaire et successif des os du crâne; 2° le *sciage* ou division linéaire de la tête; 3° un mode opératoire particulier, qu'il désigne sous le nom de *sape sphénoïdienne*, et qui comprend à la fois l'opération d'Hubert, de Louvain, et celle du professeur F. Guyon.

L'utilité et la valeur de ces diverses méthodes ayant été appréciées, M. Guéniot termine ainsi son travail : « Il serait à désirer que tout chirurgien fût apte à les appliquer; la pratique ne pourrait qu'en bénéficier. Mais, de nos jours, un tel *desideratum* est peu réalisable; car, longtemps encore,

les accoucheurs auront une tendance marquée à préférer celle de ces méthodes qui leur est le plus familière. Après tout, la bonne manœuvre d'un instrument médiocre est peut-être moins dangereuse que l'emploi défectueux d'un instrument parfait. »

41. — *Rapport sur un travail du Dr Boissarie, intitulé : « Du céphalotribe et de ses abus. »*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875.)

42. — *Du délire des opérateurs.*

(Leçon faite à la Faculté de médecine et recueillie par le Dr Dupuy. — *Annales de gynécologie*, 1875.)

M. Guéniot décrit, sous cette dénomination, un trouble mental particulier, éminemment dangereux, dont le médecin peut se trouver subitement affecté en pleine action opératoire. La pratique des accouchements, en raison de la soudaineté et de la gravité des accidents qu'elle présente, de la décision et du sang-froid qu'elle réclame de la part de l'opérateur, prédispose plus que toute autre à cette perversion passagère des facultés mentales. — L'idée originale de l'auteur, reconnue exacte par bon nombre de médecins, a été reproduite ou citée plusieurs fois dans des travaux méritants. Quelques-uns, cependant, ont contesté l'opportunité d'une telle publication. A ces derniers, l'auteur se permet de rappeler : 1° qu'il s'agit de la leçon finale d'un cours d'obstétricie opératoire, leçon faite devant de jeunes médecins qui ne devaient pas ignorer les écueils de la pratique, et auxquels il importait de donner des conseils préservateurs, tels que le suivant : « Sachez prendre le temps nécessaire pour assurer, autant que possible, le succès de votre intervention, car *un opérateur pressé est un opérateur dangereux*; » 2° que ce travail a été publié dans un recueil exclusivement scientifique et connu seulement des hommes de la profession.

43. — *Rapport sur un mémoire du Dr Cauvy, ayant trait à la « dystocie par viciation du bassin. »*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1877.)

Dans ce rapport, M. Guéniot examine la question fort débattue de la préférence à donner soit au forceps, soit à la version, lorsque les difficultés de l'accouchement dépendent d'un rétrécissement du bassin. Il blâme, en outre,

énergiquement l'abus trop fréquent et presque toujours si grave que l'on fait de l'ergot de seigle dans la pratique obstétricale.

44. — *Rapport sur un travail du Dr Zuède, relatif à la « version dans le cas de tétanos ergotique de la matrice. »*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, mai 1878, et *Ann. de gynécol.*, 1878, t. X, p. 50.)

45. — *Détroncation du fœtus dans un cas d'accouchement avec présentation de l'épaule, étroitesse du bassin et insertion vicieuse du placenta.*

(Thèse du Dr Jaubert, Paris 1865.)

46. — *Rapport sur un travail du Dr Cauvy, intitulé : « De la brachiotomie dans les cas de présentation de l'épaule, où la version se trouve contre-indiquée. »*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, juillet 1879.)

L'analyse critique du Mémoire de M. Cauvy et la discussion du sujet ont conduit M. Guéniot à formuler la conclusion qui suit : « La brachiotomie faite dans le but de favoriser la version ne doit être ni préconisée, ni encouragée; et il convient de n'y recourir que le plus rarement possible. »

V. — GYNÉCOLOGIE

47. — *Mémoire sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, pendant la grossesse et l'accouchement.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1864.)

Après une revue rapide des diverses publications faites sur le sujet, l'auteur résume l'état de la science à l'époque où paraît son travail. Puis, il étudie d'une manière spéciale certains phénomènes, jusque-là non encore

signalés, qu'il a observés pendant son clinicat d'accouchement à la Faculté. Ces phénomènes, très-importants à connaître au point de vue du diagnostic, sont :

1° *L'impression* d'un polype de la matrice dans l'épaisseur de la paroi œdématiée du col de cet organe, impression qui eut pour principale conséquence de dissimuler, pendant le travail de l'accouchement, le caractère pédiculé de la tumeur, et de donner à cette dernière la fausse apparence d'un fibroïde interstitiel ;

2° et 3° *La mobilité et l'aplatissement* en large gâteau (phénomène dû à la pression excentrique de l'œuf) d'un myome interstitiel de l'utérus gravide, myome volumineux, originellement sphérique et notablement altéré dans son tissu ;

4° *La descente et l'ascension alternatives* d'un polype sous-péritonéal de la matrice, lequel s'engagea pendant la grossesse, à diverses reprises, dans l'excavation pelvienne, pour remonter ensuite spontanément au-dessus du détroit supérieur.

Ce travail a été souvent cité, et l'édition française de Fl. Churchill en contient quelques extraits importants.

48. — *Des corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.*

(Observ. et recherches communiquées à la Société de chirurgie; in *Bulletins*, 1867 et 1869.)

Après avoir relaté avec détail un fait extrêmement remarquable de myome utérin compliquant la grossesse, fait observé par l'auteur chez une dame de 40 aus qui accoucha heureusement malgré l'obstruction presque complète du petit bassin, M. Guéniot traite successivement : 1° des soins hygiéniques et médicaux le mieux appropriés aux femmes qui se trouvent en semblable situation; 2° des causes variées qui, dans le fait en question, ont déterminé si heureusement, pendant la parturition, le déplacement ascensionnel de la tumeur; 3° de l'opportunité ou du danger qu'il peut y avoir en pareil cas, à pratiquer la version pelvienne pour extraire le fœtus; 4° enfin, du degré d'influence que la gestation exerce sur la constitution anatomique et physique des fibroïdes utérins (vascularisation, accroissement de volume, ramollissement).

Ce travail, communiqué à la Société de chirurgie, ayant été le point de départ d'une importante discussion sur le sujet, l'auteur traite de nouveau la question dans une seconde communication où il envisage spécialement les modifications que subissent parfois les tumeurs utérines pendant la grossesse; et il prouve à l'aide d'un grand nombre de faits : d'une part, que

le ramollissement des fibroïdes s'observe, dans certains cas, à un très-haut degré *pendant l'état de vacuité des femmes*, c'est-à-dire en dehors de toute influence provenant de la grossesse; et, d'autre part, qu'il n'est pas rare de trouver, *pendant la gestation*, de ces mêmes tumeurs qui conservent leur *dureté fibreuse* ou *semi-cartilagineuse;* que, dès lors, à moins de montrer par la statistique que le ramollissement est proportionnellement plus fréquent dans le cours de la grossesse que pendant l'état de vacuité, on n'est pas autorisé à conclure, comme le fait la science contemporaine, que cette modification est produite *par* la grossesse elle-même, quand il arrive de la constater dans le cours de cette dernière.

Relativement à l'hypertrophie des tumeurs, l'auteur démontre également à l'aide des faits, que la gestation la provoque beaucoup moins souvent qu'on ne le croit généralement; et il remarque à cet égard que, si l'on n'y prend garde, on peut très-facilement s'en laisser imposer par de fausses apparences, c'est-à-dire prendre pour un accroissement réel du volume des tumeurs, soit leur relief plus marqué (par suite de la pression excentrique de l'œuf), soit l'hypertrophie du *tissu utérin* qui les entoure.

49. — *De l'acupuncture, considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.*

(*Arch. gén. de médecine*, 1868.)

En septembre 1866, l'auteur ayant été chargé de suppléer M. Richet, à l'hôpital de la Pitié, eut à traiter une femme à laquelle ce savant professeur avait excisé, peu de jours auparavant, un polype fibroïde de la matrice. Pendant l'opération, qui avait été laborieuse, une tumeur nouvelle était venue se substituer à la première. S'agissait-il d'un second polype ou d'une introversion partielle de l'utérus ? C'est ce que M. Richet, malgré son habileté bien connue et des explorations répétées, n'avait pu encore déterminer.

L'auteur, en prenant la direction de la malade, hérita naturellement de toutes les incertitudes d'un maître aussi expérimenté. Cependant, une opération curative devenant de plus en plus pressante, il était indispensable de résoudre le problème diagnostique. C'est alors que (l'insuffisance des moyens ordinaires d'investigation étant démontrée) M. Guéniot imagina de recourir à l'acupuncture. Ce procédé de recherche fut des plus fructueux, car il révéla deux caractères décisifs : *insensibilité* absolue et *densité* considérale de la tumeur.... Il s'agissait donc d'un fibroïde, et non d'une inversion partielle de l'utérus. M. Guéniot pratiqua l'excision du néoplasme et, quelque temps après, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Outre la relation détaillée du fait clinique, l'auteur démontre, dans ce mémoire, les avantages que peut offrir l'emploi de l'acupuncture comme moyen de diagnostic différentiel des tumeurs. Il fait voir que c'est un procédé « utile, simple et dépourvu de danger »; que, dans maintes circonstances, le chirurgien ne peut acquérir par aucun autre moyen la notion de certains caractères importants des tumeurs, et que, par conséquent, il convient d'y recourir dans presque tous les cas où le diagnostic offre de l'obscurité.

50. — *Observation de grossesse extra-utérine, suivie de considérations sur le diagnostic différentiel de cette affection d'avec les tumeurs fibreuses sous-péritonéales de la matrice.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1865.)

Étude et discussion approfondies d'un sujet très-spécial, d'où l'auteur déduit les moyens diagnostiques propres à différencier, l'une de l'autre, les deux espèces de tumeurs (grossesse extra-utérine et myome sous-péritonéal de l'utérus).

51. — *Mémoire sur une simplification opératoire applicable à l'ablation de certains polypes de l'utérus.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875, et *Arch. de tocologie*, même année.)

Deux points principaux caractérisent la simplification opératoire dont il s'agit; ce sont :

1° La suppression de l'abaissement préalable soit de la tumeur, soit de la matrice;

2° L'application, sur l'extrémité adhérente du polype, d'une anse métallique solide, que l'on porte à l'aide du constricteur jusque dans l'utérus, en suivant à cet effet le mode d'introduction des cuillers du forceps dans la cavité de cet organe.

La première de ces modifications se comprend assez d'elle-même et n'exige aucun commentaire. Quant à la seconde, il convient pour la réaliser de procéder comme il suit : L'anse du constricteur étant inclinée sur la tige, suivant un angle approprié (généralement d'environ 120°), on manœuvre ensuite l'instrument à la manière d'une branche de forceps. A cet effet, portant deux doigts dans le vagin jusqu'au contact du polype, on les introduit de la longueur d'une demi-phalange au moins, entre ce dernier et l'orifice utérin; puis, le long de ces doigts, pris pour guide, on fait glisser l'anse métallique jusqu'à l'ouverture de la matrice. Arrivée à ce point, l'anse doit

être dirigée de façon que son sommet s'engage dans l'utérus, par le côté opposé à ceux qu'occupaient les doigts. Ceux-ci, en effet, se déplacent momentanément pour faciliter cet engagement. L'axe de la tumeur répond ainsi au vide de l'anneau constricteur. Les deux doigts intra-vaginaux étant ensuite ramenés à leur première position, le chirurgien fait pénétrer, entre eux et le polype, la racine de l'anse en même temps que la tige du serre-nœud. De cette manière, la tumeur s'engage par son extrémité dans l'anneau métallique; et il suffit alors, pour arriver à son attache, de pousser avec douceur l'instrument jusqu'au fond de l'utérus. Le pédicule se trouve ainsi entouré de la corde métallique, et celle-ci en effectue, par le jeu du constricteur, la section complète.

Afin d'assurer le succès de l'opération, il est encore certains détails d'exécution que l'auteur recommande de chercher à réaliser.

L'emploi de ce procédé opératoire offre comme avantages : 1° de permettre d'intervenir de bonne heure et de prévenir ainsi l'inversion partielle de l'utérus, de même que l'épuisement de la malade ; 2° par la suppression de l'abaissement artificiel de l'utérus et de la tumeur, on évite à la patiente et les douleurs que provoquent des tractions énergiques, et surtout les inconvénients d'une élongation brusque des attaches de la matrice; 3° enfin, on se met à l'abri d'un accident opératoire possible : la perforation des parois utérines introversées par le polype.

Mais pour l'application de ce procédé, il est nécessaire que la tumeur s'offre dans certaines conditions, qui sont nettement spécifiées. Une observation détaillée de polype fibreux est relatée à l'appui de son efficacité. La tumeur (qui a été reproduite par la gravure) fut excisée très-heureusement, quoique presque entièrement incluse dans la cavité utérine; et la malade, épuisée par de nombreuses hémorrhagies, se rétablit promptement.

Après diverses considérations relatives au sujet, l'auteur résume l'idée de ce travail dans les deux conclusions suivantes :

1° Certains polypes inclus dans la matrice peuvent être avantageusement excisés de bonne heure, c'est-à-dire avant qu'ils n'aient pénétré dans la cavité du vagin et causé l'épuisement des malades;

2° Le procédé d'exérèse à mettre en usage dans ce cas, loin d'être difficilement applicable, est au contraire d'une simplicité plus grande que ceux qu'on emploie généralement contre les polypes abaissés jusqu'à la vulve.

52. — *Nouvelle note sur la cure chirurgicale des polypes de l'utérus.*

(*Arch. de tocologie*, 1875.)

Parmi les nombreuses méthodes opératoires, qui ont été préconisées contre les polypes de l'utérus, deux seulement ont conquis successivement

la faveur presque universelle des chirurgiens; ce sont la *ligature* et l'*excision*. Elles seules, en effet, sont susceptibles d'une application générale, tandis que la *cautérisation*, le *broiement*, la *torsion* et l'*arrachement* ne trouvent l'indication de leur emploi que dans des cas exceptionnels. M. Guéniot fait de l'une et de l'autre un examen critique, rappelle leur origine, discute leurs avantages et leurs inconvénients, démontre que l'excision mérite le plus souvent la préférence et met en évidence l'utilité du procédé dont il est l'auteur.

M. le professeur Stoltz ayant avancé que le procédé en question marque un retour vers la ligature, M. Guéniot répond de la manière suivante à son éminent contradicteur :

« Le procédé que j'ai décrit et mis en pratique appartient bien, selon moi, à la méthode *générale* de l'excision, au même titre que les procédés par l'écraseur linéaire et par l'anse galvano-caustique. Quel est, en effet, l'élément qui donne à l'*excision* son cachet spécifique? Serait-ce l'instrument employé (bistouri ou ciseaux)? Évidemment non. Ce qui constitue l'essence de la méthode, son trait caractéristique, *c'est l'ablation extemporanée de la tumeur à l'aide d'une section de son attache*. Que cette section soit opérée avec une chaîne coupante, avec une corde métallique, avec un fil suffisamment chauffé ou avec le tranchant d'un bistouri, peu importe; tous ces procédés ressortissent à la grande méthode de l'excision. Je crois donc qu'il ne saurait y avoir doute sur le classement du procédé que j'ai préconisé; loin d'appartenir à la *ligature*, il s'écarte au contraire considérablement de cette méthode et par la facilité de son exécution, et par la promptitude de ses résultats. »

53. — *Mémoire sur la guérison, par résorption, des tumeurs dites fibreuses de l'utérus.*

(Lu à l'Académie de méd., le 12 mars 1872. — *Bull. gén. de thérap.*, 1872.)

Ce travail est le seul qui existe sur la question. L'auteur y relate en détails l'observation d'une malade chez laquelle un énorme fibroïde de la matrice put disparaître spontanément, par résorption, dans l'espace de quelques mois. L'évolution de la tumeur et les troubles fonctionnels qui l'ont accompagnée furent suivis dans leurs différentes phases pendant quatre années. A ce fait remarquable l'auteur ajoute deux autres observations inédites que lui ont gracieusement communiquées M. Depaul et M. Béhier. Il rappelle, en outre, cinq faits du même genre, mentionnés dans divers ouvrages. Puis, il jette un coup d'œil rapide sur les causes et les médications propres à favoriser ce travail curatif de l'organisme; démontre que selon

toute probabilité les myomes, pour être susceptibles de résorption, doivent subir au préalable certaines modifications anatomiques; et enfin signale, comme agents curatifs de ces tumeurs, diverses substances qu'on pourrait employer, soit par la voie intestinale, soit plutôt en injection dans les masses morbides elles-mêmes. Voici d'ailleurs les conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire :

« 1° La guérison *par résorption* de certains fibroïdes de l'utérus, quoique naguère encore contestée, doit être désormais regardée comme une vérité définitivement acquise. L'observation relatée dans ce travail et les cas authentiques qui s'y trouvent rappelés ne permettent plus aucun doute sur la réalité d'une semblable terminaison;

« 2° Ce mode de disparition des tumeurs est même susceptible d'une solution rapide; quelques mois ont suffi, dans divers cas, à la résorption complète de myomes très-volumineux;

« 3° Dans les faits jusqu'ici connus, la résorption s'est opérée pendant la période d'activité des fonctions génitales, mais l'état puerpéral n'a exercé que très-exceptionnellement une influence évidente;

« 4° Les fibroïdes utérins peuvent disparaître encore, sans opération chirurgicale, de deux autres manières : soit par *expulsion spontanée*, soit par *destruction gangréneuse* ou *suppurative*. Mais la disparition par résorption est la seule qui soit complétement exempte de dangers et toujours suivie de guérison; c'est elle, par conséquent, qu'il conviendrait surtout de provoquer;

« 5° Quoique les essais tentés dans ce but aient été jusqu'ici presque constamment nuls ou douteux dans leurs résultats, certains faits cependant autorisent à penser que la thérapeutique, sur ce point, est en voie de progrès;

« 6° Autant qu'il est permis d'en juger par analogie, les myomes utérins, pour être susceptibles de résorption, doivent subir au préalable l'altération graisseuse de leur masse;

« 7° Enfin, d'après cette donnée de physiologie pathologique, l'emploi des substances réputées *stéatogènes*, comme l'arsenic, le phosphore, le plomb, etc., semble particulièrement indiqué pour obtenir un tel résultat. »

54. — *Rapport sur un travail du Dr Faucon, intitulé: « De l'occlusion intestinale produite par des fibromes utérins. »*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873.)

55. — *Rapport sur un mémoire du Dr Jude Hüe, ayant trait aux compressions pelviennes produites par les fibroïdes de l'utérus.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875.)

56. — *Rapport sur une observation d'occlusion intestinale due à des fibromes de l'ovaire.*

(Observation présentée par M. de Boyer. — *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873.)

57. — *Article* MENSTRUATION *du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(Grand in-8° de 60 pages, 1872. — En collaboration avec M. Depaul.)

Pour exposer avec quelque clarté les nombreux détails que comporte l'histoire de la menstruation, les auteurs envisagent successivement cette fonction :

1° Dans ses caractères normaux ou physiologiques;

2° Dans ses rapports avec la fécondation, la grossesse et l'allaitement, comme dans ceux qu'elle affecte avec les maladies aiguës et chroniques ;

3° Dans ses causes et son utilité;

4° Dans ses déviations ou altérations pathologiques ;

5° Enfin, dans les indications thérapeutiques ou les contre-indications qu'elle peut faire naître,

Ce travail représente un résumé complet de l'état de la science sur la fonction menstruelle; certains points encore obscurs y sont discutés avec soin et l'opinion des auteurs s'y trouve toujours nettement exprimée. Par exemple, relativement à l'utilité du flux menstruel, voici quelle est la conclusion. « A notre avis, cette fonction ne remplit pas dans l'économie un rôle unique, mais au contraire un office très-complexe et, selon toute apparence, quelquefois variable. De même que les sécrétions cutanée, rénale, hépatique, etc., l'exhalation cataméniale est utilisée à plusieurs fins. Non-seulement elle décharge le système vasculaire d'une certaine quantité de sang qui, chez la femme pourvue d'une riche sanguification, deviendrait une cause de pléthore et de troubles congestifs, mais elle concourt encore à éliminer de l'organisme une portion de son carbone, à ramener le calme dans les organes génitaux, qu'une forte hypérémie avait vivement surexcités, et enfin à empêcher la transformation de la muqueuse utérine en caduque. Aucune de ces attributions, sans doute, ne paraît être indispensable à l'équilibre de la santé: lorsque les règles font défaut, d'autres organes ou appareils suppléent la fonction utérine absente, de telle sorte qu'on a pu croire à l'inutilité de l'excrétion sanguine. Mais cette dernière opinion nous paraît entachée d'erreur et inacceptable en ce que, d'une part, l'aménorrhée est loin d'être constamment exempte d'inconvénient ou d'altération de la santé; et, d'autre

part, parce que bon nombre d'organes reconnus importants sont parfois, comme la muqueuse utérine, entravés dans l'accomplissement de leur office, sans qu'il en résulte un état morbide évident, la fonction manquante étant suppléée par quelque autre. »

58. — *Note sur le traitement des douleurs lombo-abdominales dépendantes d'un déplacement utérin. — Nouvelle ceinture propre à les combattre.*

(*Arch. de tocologie*, mai 1876.)

L'auteur jette un coup d'œil rapide sur les conséquences douloureuses des déplacements utérins et sur les moyens mécaniques (pessaires, ceintures) qu'on leur oppose généralement. Puis, il décrit une ceinture spéciale (*à pression inguinale*) qu'il regarde comme étant d'un emploi beaucoup plus facile et plus efficace que celui des autres appareils du même genre. « Si, dit-il en manière de conclusion, l'on compare notre ceinture à la ceinture hypogastrique, qui jouit encore de la faveur générale, il est aisé de reconnaître :

« 1° Que la première s'applique sur les points les moins résistants de la paroi abdominale, tandis que la seconde exerce sa pression au niveau de l'extrémité inférieure des muscles droits, extrémité déjà renforcée par les muscles pyramidaux ;

« 2° Que la ceinture *inguinale* comprime et soutient les régions mêmes où la douleur est généralement ressentie, tandis que la ceinture hypogastrique ne présente pas le même avantage, excepté dans quelques cas particuliers, tels que ceux d'antéversion prononcée de l'utérus, compliquée d'une éventration médiane ;

« 3° Que la nouvelle ceinture peut s'adapter à toutes les formes d'abdomen, tandis que l'ancienne n'est d'aucun secours pour les femmes maigres dont le ventre est dépourvu de saillie ;

« 4° Enfin, que la ceinture inguinale bien faite ne détermine, dans les diverses attitudes de la malade, aucune pression pénible, tandis que la ceinture hypogastrique, malgré les modifications qu'on lui a fait subir, froisse souvent d'une manière très-douloureuse les parties molles contre les pubis. »

Les avantages de la nouvelle ceinture ont été reconnus, depuis lors, par bon nombre de médecins. Elle est aujourd'hui d'un usage assez répandu.

59. — *Rapport sur un mémoire du Dr Hüe, intitulé : « Contribution à l'étude du traitement de l'inversion totale ancienne de l'utérus. »*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, juin 1879.)

60. — *Du prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme.*

(Mém. lu à l'Acad. de méd., le 17 septembre 1878, et publié in *Arch. de tocologie,* même année.)

Sujet presque inexploré, que l'auteur a traité avec tout le développement qu'il comporte. Une *première partie* renferme l'examen d'ensemble ou l'exposé nosographique de l'affection; et dans une *seconde partie* ou appendice, se trouvent relatées, à titre de pièces justificatives, un certain nombre d'observations cliniques. Au chapitre du traitement, l'auteur préconise l'emploi d'une nouvelle ceinture (ventrière) de son invention. Les idées développées dans ce travail peuvent être résumées de la manière suivante :

1° Il existe, particulièrement chez la femme, une altération morbide de la paroi abdominale, que l'on peut désigner sous le nom de *prolapsus graisseux* et qui, jusqu'à ce jour, n'a pas attiré, comme elle le mérite, l'attention des cliniciens;

2° Cette affection, anatomiquement caractérisée par la surcharge graisseuse du tissu cellulaire, de même que par l'exubérance, le défaut de ressort et la chute des couches superficielles (*tablier hypogastrique*), présente comme symptômes principaux : une tension exagérée des muscles de la région, des douleurs lombaires et inguinales, une sensation de malaise abdominal qui, suivant l'expression des malades, « porte au cœur, » et enfin, pendant la marche ou la station verticale, un état de faiblesse générale qui rend les femmes plus ou moins impotentes;

3° Le prolapsus graisseux s'observe généralement chez des femmes robustes, douées d'un grand embonpoint et qui ont eu desgrossesses plus ou moins nombreuses, sans prendre à leur suite les précautions d'hygiène que cette répétition rendait indispensables;

4° Le pronostic de cette affection, quoique sans gravité réelle, ne laisse pas que d'offrir toutes les conséquences d'une fâcheuse infirmité, surtout si, comme il arrive fréquemment, un autre état morbide de l'abdomen coexiste avec le prolapsus, et si ce dernier reste méconnu ou non traité;

5° Le diagnostic est des plus faciles; une large éventration ou bien cette autre forme de prolapsus, que l'auteur qualifie de *pariéto-viscéral*, pourraient seules prêter à confusion; or, pour éviter l'erreur, il suffit d'apporter à l'examen clinique un peu d'attention;

6° Au point de vue thérapeutique, tantôt il convient de préserver du prolapsus les femmes qui s'y trouvent prédisposées, ce que l'on obtient à l'aide du *traitement préventif;* tantôt la lésion étant confirmée, celle-ci réclame l'emploi d'un agent mécanique local et d'une hygiène générale appropriée (*traitement curatif*);

7° Pour être efficace, l'agent de contention doit satisfaire à deux indications fondamentales, savoir : *a.* relever, puis soutenir la masse prolapsée de manière à supprimer les tractions qu'elle exerce sur les lombes et sur l'hypocondre droit ; *b.* suppléer les couches tégumentaires dans l'appui qu'elles devraient fournir aux muscles sous-jacents pour supporter le poids des viscères abdominaux ;

8° Grâce au point d'appui qu'elle prend sur les épaules, de même qu'à la fermeté élastique de son tissu, la ceinture abdominale dont l'auteur a donné la description et la figure est particulièrement propre à remplir fructueusement cet office.

61. — *Rapport sur un travail de M. Lelong ayant trait aux kystes péritonéaux et à l'ovariotomie.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1867.)

M. Lelong ayant relaté l'observation d'une malade de l'Hôtel-Dieu, chez laquelle l'extirpation d'une tumeur abdominale avait été laborieuse au delà de toute mesure, et cela par suite d'une erreur de diagnostic, M. Guéniot prit texte de ce travail pour établir d'après un certain nombre de faits : 1° que presque jamais, sinon jamais, on ne doit entreprendre une ovariotomie sans qu'une ponction antérieure du kyste ait permis de confirmer les prévisions essentielles du diagnostic ; 2° qu'il existe parfois, en connexion intime avec le péritoine, des tumeurs kystiques ayant la plus grande analogie avec celles de l'ovaire, sans que cependant cet organe, resté sain, participe en rien à la constitution des tumeurs.

62. — *Rapport sur un mémoire du Dr Hüe, relatif à la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1877.)

63. — *Analyse critique du mémoire du D*r *Alb. Puech, intitulé : « Des ovaires et de leurs anomalies. »*

(*Gaz. obstétricale de Paris*, 1873.)

VI. — MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

64. — *Remarques sur un cas de paralysie du bras, produite par le forceps chez un enfant nouveau-né.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1867.)

A la date de sa publication, ce fait était, avec un cas semblable de Danyau, le seul qui existât dans la science. Depuis lors, d'autres exemples sont venus s'ajouter aux précédents. M. Guéniot attribue la production de la paralysie à la contusion du plexus brachial par l'une des cuillers du forceps. Lorsque la tête fœtale se présente en position oblique et qu'elle est, de plus, inclinée vers l'une des épaules, l'instrument peut, en effet, atteindre aisément la base du cou et contondre cette région. C'est ce qui arrive surtout si l'on applique les cuillers sur les côtés du bassin, et si, comme le fait remarquer M. Blot, on les porte trop profondément.

L'auteur a publié, en 1872, un autre fait qui offre avec le précédent la plus grande analogie. A la suite d'une forte pression, exercée par une machine, sur la région antéro-latérale gauche du cou, le sujet de l'observation, homme de 45 ans, eut le bras correspondant subitement frappé de paralysie. L'accident datait de 8 jours; une petite cicatrice superficielle indiquait le point où le plexus brachial avait subi la contusion (*Bull. de la Soc. de chirurg.*; 10 juillet 1872).

65. — *Expulsion d'un œil du fœtus hors de la cavité orbitaire dans un cas d'accouchement à l'aide du céphalotribe.*

(*Recueil d'ophthalmologie*, avril 1875.)

66. — *Rupture de la colonne vertébrale et de la moelle épinière du fœtus pendant une version difficile.*

(*Union médicale*, 1870, t. IX, p. 141.)

67. — *Note sur une lésion non décrite, produite par le forceps sur le fœtus.*

(*Gaz. obstétricale de Paris*, février 1873.)

Cette lésion, dépourvue de gravité, consiste dans l'apparition plus ou moins brusque d'une série de vésicules sur les bords du sillon rosé que

détermine la pression du forceps. Ces vésicules se manifestent surtout à la face et pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic. Elles s'éteignent au bout de quelques jours, survivant ainsi à la dépression rougeâtre qui les accompagne au début.

68. — *Traitement de la conjonctivite purulente des nouveau-nés.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1870.)

L'auteur s'appuyant sur ce fait d'observation, que l'inflammation de la conjonctive est presque toujours, chez le nouveau-né, limitée à la muqueuse palpébrale, reproche aux collyres le grave inconvénient de porter leur action irritante ou caustique sur les parties non malades, aussi bien que sur celles qui sont atteintes de suppuration. De là, pour la cornée, un danger menaçant si le collyre est énergique et, pour la conjonctive enflammée, une action très-insuffisante si le collyre est faible. Ce raisonnement, basé sur l'expérience clinique, indique assez que le traitement préférable doit être, dans les cas graves, celui qui porte l'agent modificateur directement sur la partie malade, et qui préserve de tout contact dangereux les parties restées saines. C'est ce que l'auteur réalise à l'hospice des Enfants-Assistés, avec un succès à peu près constant, par l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent mitigé (nitrate d'argent et nitrate de potasse associés par parties égales). Des lavages à *l'eau tiède, non salée*, accompagnent la cautérisation, qui est renouvelée chaque jour. Lorsque par exception il existe un chémosis, celui-ci est d'abord excisé en trois ou quatre points de sa circonférence. — Chez les enfants d'un an et au-dessus, ce traitement ne donne pas des résultats aussi heureux que chez les nouveau-nés; ce qui, d'après l'auteur, dépend des deux circonstances suivantes : 1° la conjonctivite purulente n'est plus seulement palpébrale, mais elle s'étend presque toujours à la muqueuse bulbaire et s'accompagne communément d'un chémosis ; 2° l'indocilité de l'enfant, ses efforts pour s'opposer aux soins que son état réclame, ses pleurs prolongés et les frottements qu'il exerce sur ses paupières rendent parfois toute thérapeutique impuissante.

Depuis la publication de cette note, l'usage des cautérisations, contre la conjonctivite purulente, s'est beaucoup répandu; et il est permis de penser que les idées de l'auteur n'ont pas été sans influence sur l'extension donnée à ce moyen thérapeutique.

69. — *Note sur un cas d'invagination du rectum, observé chez un enfant né en présentation pelvienne et mort en naissant.*

(*Arch. de physiolog. norm. et patholog.*, 1872.)

Premier exemple signalé d'invagination produite pendant la vie intra-utérine. L'enfant était du sexe féminin, ce qui constitue d'autre part une rare exception, puisque sur 25 cas rassemblés par Rilliet, 22 fois les malades étaient des garçons et 3 fois seulement des filles. Enfin, l'invagination était double, c'est-à-dire que le cylindre invaginé pénétrait dans un autre, qui lui-même était invaginé dans la portion sous-jacente de l'intestin; il existait ainsi cinq tubes concentriques, au lieu de trois comme dans les cas ordinaires.

70. — *Remarques sur un cas de hernie congénitale étranglée, chez un enfant de trois mois.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873.)

71. — *Exstrophie de la vessie avec double hernie ilio-scrotale.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1872.)

72. — *Note sur une déformation spéciale du crâne (obliquité par propulsion unilatérale), observée chez certains enfants du premier âge.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1869.)

Travail original sur un sujet inexploré. L'auteur, pour la première fois, décrit une déformation assez commune du crâne, laquelle constitue un type tellement uniforme dans ses traits généraux, qu'il suffit d'en avoir vu un spécimen pour reconnaître ensuite, au premier coup d'œil, tous les crânes semblablement altérés.

Envisagée *extérieurement*, c'est-à-dire sur un crâne non ouvert, la déformation dont il s'agit est essentiellement caractérisée : 1° par un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et une saillie normale ou exagérée de la région homonyme du côté gauche; 2° par la proéminence exagérée du frontal droit et la courbure normale ou faiblement diminuée du frontal gauche; 3° enfin, par une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et une dépression plus ou moins notable de la même région du côté gauche.

De cet ensemble de particularités il résulte : 1° que la face postérieure du crâne, au lieu d'être symétrique, présente dans ses deux moitiés latérales une discordance de forme des plus marquées, et qu'elle regarde, non point directement en arrière, mais obliquement en arrière et à droite; 2° que le front, également asymétrique, n'est pas exactement dirigé en avant, mais en avant et à gauche; 3° enfin, que la région fronto-pariétale ou latérale antérieure est, du côté droit, tantôt régulièrement convexe, tantôt légèrement aplatie, tandis que du côté gauche elle offre, ou un méplat très-prononcé, ou une dépression sensible qui a pour centre la suture fronto-pariétale. Le crâne ainsi déformé est donc *oblique* par rapport à la face, et la suture bipariétale croise à angle très-aigu le plan médian du corps. Comme effet curieux de cette obliquité, l'auteur signale l'asymétrie de situation des oreilles : la droite occupe un plan sensiblement antérieur à celui de la gauche.

Lorsqu'on examine le crâne *par sa face interne*, l'obliquité générale de cette cavité n'est pas moins évidente; on y constate des particularités tout à fait connexes à celles que présente la surface extérieure. — Si l'on se représente, par la pensée, la moitié droite du crâne comme ayant subi un mouvement très-sensible en avant, pendant que la moitié gauche est restée en place, on aura une idée très-approximative de la déformation dont il s'agit. C'est en effet, par ce mécanisme de propulsion et grâce à une pression trop prolongée (conséquence du décubitus) sur la région occipito-pariétale droite, que la déformation est engendrée chez les enfants du premier âge. En désignant celle-ci sous le nom d'*obliquité par propulsion unilatérale*, l'auteur rappelle donc son caractère le plus essentiel en même temps que le mécanisme suivant lequel elle se produit. — Très-exceptionnellement la propulsion, au lieu d'affecter le côté droit, se remarque sur le côté gauche; mais le type de la déformation reste exactement le même. Le côté seul a changé, et toute la différence consiste dans une simple transposition.

Si l'obliquité par propulsion unilatérale du crâne n'est point rare, ses conséquences heureusement ne paraissent pas être dangereuses. A part la difformité plus ou moins apparente qu'elle détermine; à part aussi l'inégalité de volume et de poids qu'elle engendre, au préjudice du côté propulsé, entre les deux moitiés de l'encéphale, M. Guéniot n'a pas reconnu jusqu'ici d'inconvénient bien sérieux à cette conformation vicieuse. Il indique, d'ailleurs, les moyens d'en prévenir le développement ou de la combattre quand elle est acquise, et que le crâne conserve encore de la flexibilité (1).

(1) P. S. L'auteur vient de trouver dans la description anatomique de Ritta-Christina, par Serres, une mention très-explicite de la déformation oblique. Les deux têtes de cet enfant bicéphale étaient affectées de propulsion unilatérale, l'une dans sa moitié gauche, et l'autre dans sa moitié droite (effet du décubitus habituel.)

Depuis que ce travail a été publié, la déformation crânienne dont il est question a été remarquée bon nombre de fois. MM. Broca et Parrot, entre autres, s'en sont occupés à des points de vue spéciaux, et elle se trouve mentionnée dans divers autres travaux.

73. — *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés.*

(*Bull. gén. de thérapeut.*, 1872.)

Premier travail qui ait été publié sur le sujet. Après l'exposé de quelques particularités relatives à l'étiologie et à la symptomatologie de ces fractures, l'auteur décrit un appareil de son invention, qui permet de mieux contenir les fragments osseux et d'obtenir leur consolidation sans raccourcissement. Cet appareil, aussi facile à confectionner que simple dans son application, est surtout rendu nécessaire par le siége de la fracture sur un point très-rapproché du col fémoral, de même que par les mouvements de flexion habituels à l'enfant et par les soins incessants de propreté que son état réclame. Les appareils ordinaires, quelque variés qu'on les suppose, n'arrivent pas à lutter efficacement contre ces conditions défavorables; celui de l'auteur a pour objet essentiel d'y remédier.

Il se compose de deux gouttières en gutta-percha, solidement unies l'une à l'autre. La première, de dimensions proportionnées au volume de l'enfant, est destinée à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc, et cela dans une hauteur d'environ dix centimètres à partir des pubis. Un trou pratiqué en son milieu, reçoit le cordon ombilical, dont il est facile ainsi de surveiller la chute. La seconde gouttière, très-inférieure à la première, quant aux dimensions, lui est unie angulairement au niveau du pli de l'aine; elle est destinée à entourer les deux tiers supérieurs de la cuisse fracturée, mais seulement dans la moitié antéro-externe de sa circonférence. L'angle d'union des deux gouttières est ouvert en avant et n'a d'autre objet que de permettre, dans une certaine mesure, la flexion de la cuisse sur l'abdomen. — Suit une description du procédé le plus commode pour façonner l'appareil et le bien mettre en place. — Celui-ci, comme on voit, prend son point d'appui sur le ventre et, ce qui est important à noter, sur une grande surface de cette région; de la sorte, toute pression douloureuse ou nuisible se trouve évitée. Ainsi appliqué, il n'offre aucune tendance au déplacement; il n'exerce aucune contrainte sur le membre malade; il laisse à découvert toutes les parties habituellement souillées par les déjections, et permet d'administrer en toute liberté les soins de propreté; enfin, en comprimant la cuisse au niveau de l'angle formé par les fragments os-

seux, il maintient la fracture dans un état satisfaisant de réduction. — L'auteur termine son travail par la relation détaillée d'un fait dans lequel l'emploi de cet appareil produisit les meilleurs effets.

74. — *Rapport sur une note de M. L. Carrère, ayant trait à la contention des fractures de cuisse chez les nouveau-nés.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873.)

75. — *Nouvelle note sur le traitement des fractures de cuisse chez les nouveau-nés, à l'aide d'un appareil spécial en gutta-percha.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1874.)

L'appareil dont il s'agit fut imaginé par l'auteur en 1871. Il se trouve décrit dans son premier travail (voir n° 73). Employé de nouveau sur une petite fille de onze mois, il offrit tous les avantages déjà signalés. La présente note, communiquée à la Société de chirurgie, fut le point de départ d'une importante discussion sur le sujet (séance du 4 février 1874).

76. — *Remarques sur un cas singulier d'élimination spontanée des deux incisives moyennes supérieures chez un nouveau-né.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1868.)

Enfant de neuf jours, chez lequel les deux incisives indiquées furent éliminées avec leur bulbe, à la manière d'un corps étranger accidentellement introduit dans les tissus. Le gonflement et l'inflammation du bulbe paraissent avoir été les agents immédiats de cette expulsion. Le travail pathologique fut tout à fait local, très-passager et promptement suivi de la guérison. Ayant recherché dans les auteurs des exemples analogues au précédent, M. Guéniot n'en a rencontré que cinq qui puissent lui être comparés; et encore existe-t-il entre eux des différences très-notables. Il pense que la cause primitive de ce phénomène singulier réside dans une hétérotopie, ou situation anormale du germe dentaire en dehors de la gouttière alvéolaire.

77. — *Remarques sur un cas d'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, avec décollement des cartilages épiphysaires, chez un enfant nouveau-né.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1869.)

Enfant de vingt jours qui présenta, comme symptômes dominants : une

faiblesse générale très-prononcée, une paralysie des quatre membres et une mobilité anormale de l'extrémité supérieure de chaque jambe, à environ 15 millimètres au-dessous de l'articulation du genou. — Les remarques qui accompagnent cette observation, alors presque unique dans la science, sont relatives à la nature de l'affection, à sa généralisation tout à fait insolite, à la connexité des diverses lésions trouvées à l'autopsie et, enfin, aux causes génératrices de la paralysie.

Depuis que cette note a été publiée, d'autres faits du même genre ont été observés. M. Parrot, qui en a fait une étude spéciale, rapporte les lésions à la syphilis osseuse.

78. — *Nouveau cas d'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, chez un enfant du premier âge.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1879.)

Le sujet de cette observation était affecté de syphilis; les lésions, quoique moins généralisées que dans le cas précédent, étaient confirmatives de l'opinion de M. Parrot sur la nature de cette singulière affection.

79. — *Remarques sur un cas de sclérème inflammatoire des grandes lèvres, chez un enfant nouveau-né.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1877.)

80. — *Observation clinique et description anatomique d'un vice de conformation du cœur, chez un enfant de quatorze jours.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1862.)

Dans ce cas, le ventricule droit était tout à fait rudimentaire et ne communiquait point avec l'artère pulmonaire. L'auteur note parmi les détails les plus intéressants : 1° l'état assez satisfaisant dans lequel naquit l'enfant, malgré la longueur exagérée du travail de l'accouchement; 2° l'absence pendant la vie de symptômes cardiaques, pulmonaires ou autres, à l'exception d'une teinte cyanique des téguments et d'une disposition spéciale au refroidissement des extrémités; 3° le mode particulier suivant lequel a dû s'opérer la circulation, le sang de l'oreillette droite passant directement dans l'oreillette gauche en refoulant la membrane obturatrice et se mêlant au sang du cœur gauche; puis, de l'oreillette et du ventricule gauches, le sang mixte étant lancé dans l'aorte et arrivant à l'artère pulmonaire par l'inter-

médiaire du canal artériel, c'est-à-dire dans une direction exactement contraire à son cours habituel; 4° enfin, le développement considérable et l'hypertrophie de l'oreillette droite, chargée dans ce cas de suppléer le ventricule correspondant; l'exagération très-marquée de la capacité du ventricule gauche, etc.

81. — *Rapport sur deux notes du Dr Prouff, relatives : 1° aux variations de la température rectale chez le nouveau-né; 2° à l'emploi de la bande d'Esmarch comme moyen préservatif de la syncope hémorrhagique.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1879.)

VII. — ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

82. — *Mémoire sur une hallucination du toucher, particulière à certains amputés.*

(*Journ. de physiolog.* de Brown-Séquard, année 1861.)

Travail entièrement original dans lequel l'auteur étudie, le premier, des phénomènes intéressants au double point de vue de la physiologie et de la clinique.

La persistance de la douleur dans les parties retranchées par une amputation, est un fait bien connu et depuis longtemps signalé. A. Paré indique ce curieux phénomène d'une façon saisissante : « Les patients, dit-il, long-« temps après l'amputation faite, disent encore sentir douleur ès parties « mortes et amputées, et de ce se plaignent fort : chose digne d'admiration « et quasi incrédible à gens qui de ce n'ont expérience. » Mais aucun auteur, avant M. Guéniot, n'avait encore signalé cet autre phénomène, qu'il désigne sous le nom d'*hétérotopie subjective des extrémités*, et qui consiste dans la sensation de *raccourcissement et de retrait progressifs* éprouvée par le malade dans les parties amputées, sensation qui produit en lui l'illusion d'une ascension graduelle de la *main* ou du *pied* vers la plaie d'amputation.

L'auteur établit sur les faits cliniques l'existence de cette singulière hallucination du toucher. Puis, après en avoir recherché l'explication la plus plausible, il aborde une question de physiologie tout à fait neuve, *celle de la perception des rapports réciproques de nos organes et du rôle de cette perception dans l'appréciation de la forme des corps par le toucher, en dehors du contrôle de la vue.* Enfin, il termine son travail par les conclusions suivantes, qui en résument les idées fondamentales :

« 1° Les sensations subjectives éprouvées par les amputés, dans les parties retranchées, sont presque constamment plus accentuées et plus persistantes dans la section terminale du membre (main ou pied) que dans les autres parties;

« 2° Parmi ces sensations, il en est une fort remarquable qui produit, dans l'esprit du malade, l'illusion d'un cheminement progressif de l'extrémité amputée vers le moignon, avec lequel cette dernière tend à se mettre en contact;

« 3° Ce phénomène, cette hallucination qu'on peut désigner sous le nom d'*hétérotopie subjective*, se rencontre à peu près dans la proportion d'un sur deux, chez les individus dont la plaie d'amputation se cicatrice régulièrement;

« 4° Cette illusion peut, jusqu'à un certain point, s'expliquer par la perte du sentiment des parties intermédiaires au moignon et à la section terminale du membre;

« 5° Au point de vue clinique, l'existence bien caractérisée du phénomène est généralement un indice du bon état actuel de la plaie, et un signe favorable pour la complète guérison;

« 6° Enfin, l'existence même de cette hallucination fait comprendre l'importance, dans l'état normal, de la *notion des distances réciproques de nos organes de la vie de relation*, toutes les fois que nous exécutons des mouvements en dehors du contrôle de la vue. »

83. — *Description anatomique d'un œuf humain de trente-cinq à quarante jours.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1861.)

84. — *Description d'un fœtus monstrueux de la famille des célosomiens (genre pleurosome).*

(*Arch. de tocologie*, septembre 1875.)

85. — *Note sur l'hépatisation congénitale des poumons.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1864.)

L'auteur signale, avec pièces démonstratives, cet état particulier des poumons qu'on observe parfois chez les nouveau-nés très-débiles et qui succombent dans les premiers jours de leur naissance. Le cri est aigu, bref, monotone et plaintif; ils se refroidissent avec une facilité extraordinaire et n'ont souvent pas la force de téter, ni de pleurer. On trouve leurs poumons, dans une étendue variable, compactes, non crépitants, d'un rouge-brun tacheté de gris. A la coupe, on en fait suinter une sérosité sanguinolente; plongés dans l'eau, ils se précipitent au fond du vase, etc.

86. — *Remarque sur un cas de cutisation du cordon ombilical.*

(*Arch. de tocologie*, 1875.)

87. — *Note sur les lésions de la coxalgie à son début.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1869.)

L'auteur rapporte deux observations recueillies dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés. Dans l'une, bien que la maladie fût tout à fait récente, déjà les lésions se trouvaient généralisées et affectaient à la fois le cartilage, la synoviale et le tissu osseux. Dans l'autre, au contraire, un seul élément articulaire était intéressé, et c'était le tissu cartilagineux. Celui-ci, dans les deux cas, offrait une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires, dégénérescence atteignant son maximum à la périphérie et n'étant encore que rudimentaire dans les couches profondes. Cette altération du cartilage était identique à celle que M. Paquet a observée, et qu'il a décrite avec beaucoup de soin dans son *Étude sur les tumeurs blanches.* (Thèse; Paris, 1867.)

88. — *Analyse critique du mémoire de Hélie (de Nantes), « sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse. »*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1865.)

89. — *Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1868.)

La chute d'une eschare, suivie d'une hémorrhagie menaçante, obligea l'auteur de recourir à l'ablation de la tumeur. Celle-ci siégeait sur la moitié droite du crâne et avait la forme d'une raquette. L'opération fut des plus laborieuses; le malade, jeune homme vigoureux, perdit près de mille grammes de sang; vingt ligatures durent être appliquées sur les vaisseaux, dans une plaie de onze centimètres de long sur neuf de large. Néanmoins, deux mois après, la guérison était complète.

90. — *Des fistules urinaires de l'ombilic, dues à la persistance de l'ouraque, et du traitement qui leur est applicable.*

(*Bull. gén. de thérapeut.*, n[os] des 15 et 30 octobre 1872.)

L'idée de ce travail fut suggérée à l'auteur par un fait qu'il observa dans son service d'hôpital, et dont il donne la relation détaillée avec deux figures dans le texte. Le sujet de l'observation était un enfant de dix mois et demi, que M. Guéniot présenta deux fois à la Société de chirurgie : la première, dans la séance du 5 juin 1872, avant toute tentative de traitement, et la seconde, dans la séance du 10 juillet suivant, alors que depuis plusieurs jours la guérison était complète. Outre un exposé rapide des notions relatives à la formation et à la persistance anormale de l'ouraque, l'auteur a pu réunir un certain nombre de faits analogues au sien, et établir une division clinique des fistules urinaires de l'ombilic. Examinant ensuite les conditions du meilleur traitement à diriger contre les diverses formes de l'affection, il préconise pour la première fois l'emploi des ligatures multiples et successives ou de la *striction ulcérative*, mode d'exérèse qui, depuis quelques années, se trouve fréquemment utilisé sous la forme de ligature élastique.

Ce mémoire a été cité avec grand honneur par M. le D[r] Levié, de Rotterdam, qui a publié récemment sur le même sujet un travail important. M. Guéniot a donné de ce dernier une brève analyse dans le *Bulletin gén. de thérap.*, *numéro du* 30 *mars* 1879. Plus récemment encore, M. le D[r] Alric (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *juillet* 1879) et M. le D[r] Lugeol (*Revue méd. franç. et étrang.*, 23 *août* 1879) ont aussi rappelé le mémoire de l'auteur, en relatant trois nouveaux cas de persistance de l'ouraque. Enfin, dès l'année 1872, une thèse inspirée par M. Guéniot a été soutenue devant la Faculté de Paris par M. Gruget, ancien interne à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette thèse est intitulée : *Des fistules urinaires qui se produisent par l'ouraque resté ou redevenu perméable.*

91. — *Note sur le traitement des productions épidermiques et du cancer épithélial par l'acide acétique.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1866.)

Déjà, l'acide acétique avait été préconisé comme agent de destruction des verrues cutanées et des végétations qui se développent parfois sur les parties génitales. Mais alors il était employé à titre de caustique, à la manière de plusieurs autres acides qui offrent, pour cet objet, la même efficacité. M. Guéniot croit avoir indiqué, le premier, sa *spécificité* d'action sur toutes les productions épidermiques et épithéliales, quels que soient les caractères qu'elles présentent; qu'il s'agisse des masses épidermiques les plus vulgaires, comme les durillons, les cors, les plaques indurées, ou qu'il s'agisse des diverses formes de cancers épithéliaux. Relativement à ces dernières tumeurs, l'auteur rapporte en détail deux observations cliniques qui viennent à l'appui de ses assertions. — Il emploie l'acide acétique pur, dit cristallisable, soit à l'état liquide au moyen d'un pinceau, soit sous la forme d'une pâte qui permette de prolonger aisément son contact avec la production pathologique. La pâte se fabrique extemporanément en mêlant avec l'acide une poudre composée de tan et de safran, en quantité suffisante pour amener la préparation à consistance voulue.

Depuis la publication de cette note, bon nombre de chirurgiens, à l'exemple de l'auteur, ont employé l'acide acétique et cherché même à étendre le cercle de ses applications. Des résultats remarquables ont été obtenus toutes les fois que selon les indications formulées dans la note, on a utilisé cet agent contre les tumeurs épidermiques ou épithéliales. M. le Dr Dieu, en particulier, a publié une série de sept ou huit guérisons dues à l'emploi de ce moyen dans les cas d'épithélioma de la face. Mais, comme il était aisé de le pressentir, cette efficacité ne s'est pas étendue aux cas de cancers fibro-plastiques, squirrheux, encéphaloïdes, etc., que des chirurgiens anglais avaient d'abord espéré détruire, en injectant de l'acide dilué dans leur masse.

92. — *Fragmentation spontanée de calculs dans la vessie.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1866.)

93. — *Note sur la persistance des fils à ligature dans les moignons d'amputés.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875.)

Fait rare et peu connu sur lequel l'auteur appelle l'attention de la Société

de chirurgie. Cette communication a été suivie d'une discussion sur le sujet (séance du 17 février).

94. — *Valgus ou cagnosité du genou chez une fille de deux ans.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1870.)

Il ressort de ce fait, recueilli par l'auteur dans son service d'hôpital, que la difformité n'était point due à une destruction des ligaments croisés antérieurs ; ni à une profondeur exagérée des cavités articulaires du tibia, ainsi que l'ont prétendu certains auteurs, mais bien à une malformation des condyles fémoraux, surtout à la saillie exagérée du condyle interne qui, dans l'extension de la jambe, déjetait celle-ci en dehors, tandis que dans la flexion, la brièveté antéro-postérieure de ce même condyle permettait au tibia de reprendre peu à peu sa direction normale.

95. — *Fracture de jambe traitée par la pointe métallique.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1863.)

96. — *Fracture du condyle fémoral interne.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1863.)

97. — *Luxation complète de l'astragale.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1872.)

98. — *Corps mobile articulaire du genou.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1860.)

99. — *Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1858.)

100. — *Nécrose presque totale du maxillaire inférieur chez un enfant de deux ans et demi.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1872.)

101. — *Hémorrhagie de la protubérance annulaire.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1860.)

102. — *Aphasie symptomatique d'un abcès gangréneux du cerveau.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1864.)

103. — *Paralysie traumatique des muscles de l'épaule.*

(*In* Thèse du Dr Causard, Paris, 1861.)

104. — *Contracture réflexe des muscles fléchisseurs de l'avant-bras.*

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875.)

105. — *Tétanos traumatique, guéri par l'emploi du chloral et de la poudre de Dower.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1871.)

106. — *Plusieurs rapports verbaux ou courtes communications à la Société de chirurgie :*

a. Sur un cas de guérison du tétanos à l'aide du chloral à haute dose (*août* 1877);
b. Sur le cloisonnement du vagin (*août* 1878);
c. Sur un cas de tumeurs kéloïdiennes (*décembre* 1869);
d. Sur la péritonite latente (*mai* 1871).

107. — *Observation d'hypospadias artificiel, pratiqué en vue de remédier à un rétrécissement rebelle de l'urèthre.*

(In *Traité des mal. des voies urin.*, par Voillemier, Paris, 1868, p. 470.)

— *Analyse de ce même Traité.*

(*Union médicale*, 1868.)

108. — *Nævus hyperthrophique de la région fronto-sourcilière.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1870, p. 249 et 327.)

109. — *Tumeurs érectiles guéries à l'aide d'un traitement complexe.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873.)

Enfant de onze mois, qui fut présenté deux fois à la Société de chirurgie (avant tout traitement, et après complète guérison). Il existait deux tumeurs : l'une, située dans la région intersourcilière, résista longuement aux moyens de destruction; l'autre, au contraire, céda facilement à l'action des caustiques.

VIII. — SUJETS DIVERS

110. — *Lettres sur la vaccine.*

(In-16 de 36 pages, 1870.)

Ces lettres ont été publiées pendant l'épidémie variolique qui sévissait alors à Paris et dans plusieurs contrées de la France. Elles ont paru sans nom d'auteur, d'abord dans un petit journal populaire, *le Clocher;* puis, sous la forme d'opuscule. Leur objet était de vulgariser certaines notions utiles sur la vaccine, et surtout de combattre des préventions fort dangereuses et très-répandues contre l'usage des revaccinations.

Voici les titres des divers paragraphes de cette publication :

1° Définition de la *vaccine;* que signifient les mots *vaccin* et *vaccination;*

2° Caractères de la vaccine. — Vaccine vraie et vaccine fausse;

3° Pourquoi deux vaccines, l'une vraie et l'autre fausse;

4° Coup d'œil sur la variole. — Valeur et signification propres à l'une et à l'autre vaccine;

5° Réponse aux objections : *a.* que la vaccination est susceptible de transmettre le germe de diverses maladies autres que la vaccine ; *b.* que la vaccine elle-même prédisposerait à certaines maladies plus ou moins graves, à la fièvre typhoïde, par exemple ; *c.* qu'il est inutile de se faire revacciner, vu l'impuissance de la vaccine à préserver de la petite vérole ; *d.* que la vaccine est dangereuse, parce qu'elle favoriserait, pendant les épidémies, l'extension de la variole elle-même ; *e.* qu'un âge avancé est un préservatif suffisant ; que les cicatrices persistantes d'une ancienne vaccination sont une preuve d'immunité actuelle ; que la fièvre causée par la vaccine obligerait à un repos de plusieurs jours ; etc., etc.

— *Variole et vaccine concomitante chez un enfant de douze jours.*

(Observation publiée dans la Thèse de M. Am. Robin ; Paris, 1864.)

111. — *Microcéphalie ; ossification prématurée du crâne et atrophie partielle du cerveau, chez un enfant de deux ans.*

(*Bull. de la Soc. d'anthropologie*, mai 1873.)

112. — *Relation d'un cas d'albinisme, chez une femme récemment accouchée.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1864.)

113. — *Empoisonnement produit par les voies respiratoires, pendant une autopsie cadavérique.*

(*Union médicale*, 1864.)

114. — *Hématome des muscles droits de l'abdomen chez un convalescent de fièvre typhoïde.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1871.)

Fait observé par l'auteur pendant le siége de Paris. Le malade était un *garde mobile* de la Somme, chez lequel la tumeur hématique se manifesta six

semaines après le début de la fièvre typhoïde. L'incision de cette tumeur permit d'en extraire environ 250 grammes de sang mêlé de pus. Un mois après, la guérison était obtenue.

115. — ***Discours sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants.***

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1875.)

116. — ***Notice biographique sur le Dr Paul Planté, de Martigny-les-Bains.***

(In-18 de 62 pages, 1870.)

117 à 135. — Autres publications, postérieures à 1879 et relatives à l'Obstétrique et à la gynécologie.

— Outre les Leçons cliniques mentionnées aux Nos 13, 14, 31 et 32 de cet Exposé, il en est d'autres que l'auteur n'a pas signalées et qui se trouvent reproduites dans divers journaux, entre autres :
Le Journ. de méd. et de Chirurg. pratiq. ; 1872, 1876 ;
Le Journal des Sages-femmes ; ann. 1872, 1874 et 1876.

660. — Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.